

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

QUESTIONNAIRE D'AUTOGESTION ET PROFILS DE RÉTABLISSEMENT
DES TROUBLES ANXIEUX ET DE L'HUMEUR

THÈSE PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
SIMON COULOMBE

MAI 2016

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Services des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 - Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que « conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire. »

Je dédie cette thèse à mes parents et mon frère pour leur présence inconditionnelle.

« La famille; comme les branches d'un arbre nous grandissons tous dans de
différentes directions, mais nos racines ne font qu'un. »

- anonyme

Et à mes filleuls Gabriel et Victoria,

à qui je souhaite de bâtir leur bonheur à leur façon, sans trop le chercher.

« Le bonheur ne s'acquiert pas, il ne réside pas dans les apparences, chacun d'entre
nous le construit à chaque instant de sa vie avec son cœur. »

- proverbe africain

« So here's to you, yourself, by all means, but also here's to *us*, your fellow travellers in life, who help shape your personality, promote your well-being, laugh at your jokes and hold you tight when you most need it. »
- Brian R. Little, 2014

REMERCIEMENTS

Il y a plusieurs années déjà, débutait pour moi la grande aventure du doctorat. Si le voyage fut des plus stimulants, il fut aussi parsemé de pluies, tempêtes et bourrasques. Je tiens ici à prendre quelques lignes pour remercier les covoyageurs qui ont fait la route avec moi, contribuant à l'embellir et à lui donner tout son sens. Sans vous chères covoyageuses et chers covoyageurs, je ne serais pas qui je suis. D'abord, je veux remercier une voyageuse de longue date dans ma vie, France, pour avoir été là du début à la fin de mes études. Malgré de longs moments sans nous voir, ton écoute et ton soutien ont joué un rôle indispensable dans mon parcours. Janie, chère cousine, merci de ta joie et ton rire contagieux qui ont adouci le travail. Merci aussi Anik. Devenir amis grâce à mes activités à l'université fut un cadeau inattendu. Je tiens à souligner le soutien des collègues étudiantes et étudiants en psychologie communautaire. Merci pour votre intelligence, votre folie, votre ardeur au travail et votre conviction profonde en la justice sociale. Merci à tous mes collègues du Laboratoire de recherche sur le bien-être des familles et du Laboratoire Vitalité.

Je remercie le destin de m'avoir donné la chance de développer des liens d'amitié durables dans mon parcours. Merci Paul, Roxanne et Floryana, notre voyage de congrès fut mémorable. Merci Valérie C. pour le travail en complicité et le début d'une belle amitié. Merci Coralie M. et Hugo de m'avoir donné l'opportunité de mieux vous connaître ces dernières années. Votre côté rafraichissant rayonne. Merci Valérie L. de me surprendre jour après jour en m'amenant à voir le monde

différemment, pour le mieux. Merci Delphine de m'avoir accueilli dans l'équipe et d'être toujours présente quoiqu'il arrive. Merci Coralie L. de m'avoir simplement compris et d'avoir su m'insuffler du courage au quotidien. Je te dois beaucoup, dont plusieurs chansons *vers d'oreilles!* Merci Anne pour les voyages et les soupers en « tête-à-tête » après les cours. Ta famille et toi faites maintenant partie de la mienne, j'en suis ravi. Merci énormément à Stephanie, amie et complice de travail, sans qui je n'aurais pas réussi. On forme la meilleure équipe! Merci Sophie de m'avoir fait une place et d'avoir toujours su quoi dire et quoi faire pour me remonter le moral (*hop, on met de la musique!*). Vous connaître toutes et tous fut la plus belle partie du voyage. Longue vie à notre amitié!

Je tiens à souligner les personnes qui ont contribué au bon déroulement des projets de recherche auxquels j'ai participé. D'abord, merci à Kathleen Taupier et Dominique Jutras d'avoir partagé votre expertise et votre temps. Je remercie aussi l'organisme Revivre et Bruno Collard pour leur assistance; ce fut un grand plaisir de se revoir. Merci Benoit Martel, Catherine Purenne et Stéphanie Robert pour votre soutien concret et émotionnel. Je suis reconnaissant envers l'équipe de chercheurs du projet dans lequel s'inscrit ma thèse, soit Catherine Hudon, Hélène Provencher, Martin D. Provencher, Pasquale Roberge, et Sarah-Geneviève Trépanier. Ce fut un honneur d'apprendre de votre expertise.

Je suis très reconnaissant à Dre Sylvie Jutras, pour avoir contribué à ma formation doctorale, en m'ayant pris sous son aile, donnant de son temps sans compter, afin de m'inculquer des habiletés de rédaction et le souci de la rigueur. Ta présence fut déterminante. Un merci spécial à Dr Brian Little avec qui j'ai eu l'honneur d'effectuer un stage. Nos discussions, comme vos écrits, sur le bien-être et la nature humaine m'ont marqué pour toujours. *Your guidance made me feel supported in my personal projects.*

Je veux aussi reconnaître l'importance des personnes que j'ai eu l'occasion de rencontrer dans le cadre de ma thèse et autres recherches auxquelles j'ai travaillées, qu'il s'agisse de personnes vivant avec des difficultés de santé mentale ou des incapacités physiques, ou encore de locataires en logement social. Partager des bribes de votre vécu fut un grand privilège. Si j'en suis parfois ressorti bouleversé, cela a alimenté mon désir de tenter de contribuer à réduire les inégalités sociales.

Je souhaite maintenant prendre quelques lignes pour remercier ma directrice de thèse, Dre Janie Houle, sans qui je n'aurais pas pu me rendre à bon port. Ses qualités professionnelles et humaines font d'elles un modèle exceptionnel à qui j'aspire à ressembler. Son dynamisme, sa générosité, son esprit scientifique, *son leadership* et sa rigueur influenceront pour toujours ma carrière. Merci d'avoir su déceler en moi les forces que moi-même je ne me reconnaissais pas, d'avoir été un phare pour me guider dans l'atteinte de mes objectifs professionnels. Alors que les choses étaient plus difficiles, merci d'avoir accepté, malgré tout ce que cela impliquait, de m'accompagner pour le reste du voyage au doctorat. Merci du temps investi et de ta très grande disponibilité, merci pour les échanges d'idées, les conseils académiques et pour ton intérêt envers le bien-être de tes étudiants. Merci profondément de ta confiance.

En terminant, un merci très précieux à ma famille et mon conjoint **sans qui le voyage n'aurait même pas pu commencer**. Vincent, Joanie, papa et maman, votre présence aimante et votre soutien inconditionnel furent pour moi la raison de continuer, la bouée de sauvetage pour faire face aux intempéries du parcours doctoral. Merci papa et maman de m'avoir appris la persévérance et de m'avoir légué votre sens de la détermination. Enfin, merci à mon amour Étienne de m'avoir aimé, encouragé, écouté, rassuré, conseillé, attendu depuis trois ans. Tu as été mon ancre dans ce long processus. Tu as dû faire des sacrifices. Je te remercie publiquement pour ton dévouement. Merci de voyager avec moi.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES.....	xi
LISTE DES TABLEAUX.....	xii
LISTE DES PRINCIPAUX ACRONYMES	xiii
RÉSUMÉ.....	xv
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I	
ÉTAT DES CONNAISSANCES	5
1.1. Troubles anxieux et de l'humeur	5
1.1.1. Définition	5
1.1.2. Ampleur.....	11
1.1.3. Traitements, symptômes résiduels et récurrence.....	14
1.2. Orientations théoriques et pratiques	18
1.2.1. Psychologie positive.....	18
1.2.2. Psychologie communautaire	21
1.2.3. Soins centrés sur la personne	23
1.3. Rétablissement en santé mentale	24
1.3.1. Approche clinique	25
1.3.2. Approche personnelle.....	27
1.3.3. Modèles intégrateurs	32
1.4. Autogestion en santé mentale	39
1.4.1. Littérature générale sur l'autogestion.....	39
1.4.2. L'autogestion des troubles anxieux et de l'humeur en contexte naturel.....	43
1.4.3. Absence de mesure spécifique de l'autogestion en santé mentale.....	47

1.5. Relations entre autogestion et rétablissement.....	50
1.5.1. Des questions sans réponses.....	50
1.5.2. L'avenue prometteuse de l'analyse orientée vers la personne	54
1.6. Variables individuelles susceptibles d'être associées aux profils de rétablissement	56
1.7. Bilan des écrits et objectifs de la thèse	60
1.7.1. Résumé critique des connaissances.....	60
1.7.2. But et objectifs de la thèse.....	64
CHAPITRE II	
MÉTHODE	65
2.1. Développement du Questionnaire d'autogestion en santé mentale (QASM).....	66
2.1.1. Organisation de résultats de l'étude qualitative de Villaggi et al. (2015)	66
2.1.2. Génération des items	67
2.1.3. Réduction et reformulation des items.....	68
2.2. Étude empirique pour évaluer les qualités psychométriques du questionnaire et pour explorer les profils de rétablissement	69
2.2.1. Recrutement	70
2.2.2. Participants	74
2.2.3. Mesures	75
2.2.4. Analyses statistiques	87
CHAPITRE III	
QUESTIONNAIRE D'AUTOGESTION EN SANTÉ MENTALE: DÉVELOPPEMENT ET QUALITÉS PSYCHOMÉTRIQUES	94
3.1. Mental Health Self-Management Questionnaire: Development and Psychometric Properties	96
3.2. Introduction	98
3.3. Method.....	101
3.3.1. Item generation and reduction.....	101
3.3.2. Psychometric investigation	102
3.4. Results	106

3.4.1. Participants and preliminary analysis.....	106
3.4.2. Factorial structure.....	107
3.4.3. Criterion validity	112
3.4.4. Conceptual distinctiveness	115
3.5. Discussion.....	117
3.5.1. Structure of MHSQ: toward a conceptual model of self-management	117
3.5.2. Psychometric properties of MHSQ	118
3.5.3. First insights on the relationships between MHSQ and recovery outcomes.....	120
3.5.4. Limitations	121
3.5.5. Concluding remark	122
3.6. Acknowledgements	123
3.7. Funding.....	124
3.8. References	124
CHAPITRE IV	
PROFILS DE RÉTABLISSEMENT DE TROUBLES ANXIEUX ET DE L'HUMEUR: UNE APPROCHE CENTRÉE SUR LES PERSONNES.....	132
4.1. Profiles of recovery from mood and anxiety disorders: A person-centered exploration of people's engagement in self-management	134
4.2. Introduction	136
4.2.1. Recovery from mood and anxiety disorders	137
4.2.2. Self-management in mental health recovery	140
4.2.3. The value of person-oriented statistical analysis.....	142
4.2.4. Objectives.....	146
4.3. Material and methods	147
4.3.1. Procedure.....	147
4.3.2. Measures.....	149
4.3.3. Analysis.....	153
4.3.4. Data preparation	156

4.4. Results	156
4.4.1. Exploring the overall bivariate relationships of self-management and recovery indicators	156
4.4.2. Identifying the number of latent profiles and drawing their general portrait	157
4.4.3. Describing the specific self-management strategies used in each profile	163
4.4.4. Characterizing the participants in each latent profile.....	167
4.4.5. Verifying the associations of profiles with criterion variables	167
4.5. Discussion.....	168
4.5.1. Understanding self-management differently	169
4.5.2. Supporting and expanding the Complete Mental Health Recovery model.....	172
4.5.3. Bringing background characteristics and recovery inequalities to the front	175
4.5.4. Implications for patient-centered interventions.....	177
4.5.5. Limitations and future research.....	179
4.5.6. Conclusion.....	181
4.6. Acknowledgements	182
4.7. Funding.....	183
4.8. References	183
CHAPITRE V	
DISCUSSION GÉNÉRALE	199
5.1. Principales constatations.....	199
5.1.1. Un questionnaire d'autogestion inédit aux qualités psychométriques adéquates	199
5.1.2. L'autogestion comme un construit comprenant trois dimensions.....	201
5.1.3. Les principales combinaisons de stratégies d'autogestion.....	203
5.1.4. Relation entre symptômes de trouble mental et santé mentale positive examinée de façon inédite auprès d'un échantillon clinique..	204
5.1.5. L'autogestion et le rétablissement montrés comme deux construits distincts	207

5.1.6. Au-delà du portrait général, des profils spécifiques (parfois) surprenants d'interrelations entre autogestion et rétablissement.....	208
5.1.7. Un profil de rétablissement moins favorable pour les hommes, les personnes défavorisées économiquement et celles vivant seules ...	211
5.2. Implications pour les pratiques et les services en santé mentale.....	213
5.3. Limites de la thèse	219
5.4. La force d'une approche intégrée	223
CONCLUSION	226
ANNEXE A	
COMPOSITION DE L'ÉQUIPE DE RECHERCHE	230
ANNEXE B	
SONDAGE POUR RECUEILLIR L'AVIS DU COMITÉ D'EXPERT SUR LA PREMIÈRE VERSION DU QASM	232
ANNEXE C	
QUESTIONNAIRE EN LIGNE POUR L'ÉTUDE EMPIRIQUE DE VALIDATION DU QASM ET D'EXPLORATION DES PROFILS DE RÉTABLISSEMENT.....	258
ANNEXE D	
CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE	285
ANNEXE E	
INVITATION À PARTICIPER À L'ÉTUDE	287
ANNEXE F	
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	289
ANNEXE G	
LISTE DE RESSOURCES D'AIDE FOURNIE AUX PARTICIPANTS NON-ADMISSIBLES.....	295
ANNEXE H	
PREUVE D'ACCEPTATION DU PREMIER ARTICLE DE THÈSE DANS LE <i>JOURNAL OF AFFECTIVE DISORDERS</i>	299
ANNEXE I	
PREUVE D'ACCEPTATION DU DEUXIÈME ARTICLE DE THÈSE DANS <i>FRONTIERS IN PSYCHOLOGY, SECTION PSYCHOLOGY FOR CLINICAL SETTINGS</i>	301
LISTE COMPLÈTE DES RÉFÉRENCES CITÉES DANS LA THÈSE.....	303

LISTE DES FIGURES

Figure		Page
1.1.	États du Modèle du rétablissement complet	35
1.2.	Modèle conceptuel de la thèse	53
3.1.	Overview of the derivation and validation of MHSQ	100
4.1.	Plot of the standardized means of the latent profiles on indicators compared to the overall sample mean ($N=149$)	161

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
2.1. Principales mesures incluses dans l'étude et leur utilité pour chacun des volets de la thèse	77
3.1. Socio-demographic characteristics of participants ($N=149$)	107
3.2. Results of exploratory and confirmatory factor analysis with the final items of the MHSQ ($N=149$)	110
3.3. Correlations between MHSQ's subscales and other pertinent measures, and descriptive statistics ($n=146-149$)	113
3.4. Comparison of structural models for establishing the distinctiveness of MHSQ in comparison with PHQ-9 and MHC-SF ($N=149$)	116
3.5. Table provided as supplementary material in the article, describing the criterion measures	130
4.1. Correlations between the main study variables and descriptive statistics ($N=146-149$)	159
4.2. Fit of the compared latent profile models with increasing numbers of profiles ($N=149$)	160
4.3. Average latent profile probabilities for most likely latent profile membership (row) by latent profile (column) ($N=149$)	160
4.4. Comparison of the means of the latent profiles on the profile variables (continuous) and their dichotomized version	162
4.5. Comparisons of latent profiles on the frequency of use of self-management strategies	165
4.6. Associations between participants' background characteristics and latent profiles	166
4.7. Comparisons of latent profiles on criterion variables	168

LISTE DES PRINCIPAUX ACRONYMES

AIC	Akaike Information Criterion
ALMR	Adjusted Lo-Mendell-Rubin Likelihood Ratio
ASRMS	Altman Self-Rating Mania Scale
BIC	Bayesian Information Criterion
BLRT	Bootstrap Likelihood Ratio
CAIC	Consistent Akaike Information Criterion (AIC)
CFI	Comparative Fit Index
COPE-A	Brief COPE – avoidance subscale
COPE-B	Brief COPE – behavioral subscale
COPE-C	Brief COPE – cognitive subscale
COPE-E	Brief COPE – emotional subscale
FS	Flourishing Scale
GAD-7	Generalized Anxiety Disorder 7-Item Scale
IVC	Indice de validité de contenu
LPA	Latent profile analysis
M-CSDS-SF	Marlowe-Crowne Social Desirability Scale – Short Form
MHC-SF	Mental Health Continuum – Short Form
MHSQ	Mental Health Self-Management Questionnaire (voir acronyme en français : QASM)
PHQ-9	Patient Health Questionnaire - 9 Items
PSRS	Project System Rating Scale

QASM	Questionnaire d'autogestion en santé mentale (voir acronyme en anglais : MHSQ)
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation
SPANE	Scale of Positive and Negative Experience
SPS	Social Participation Scale
SRMR	Standardized Root Mean Square Residual
SSA-BIC	Sample-Size Adjusted Bayesian Information Criterion
TLI	Tucker Lewis Index
TSCS	Therapeutic Self-Care Scale
VLMR	Vuong-Lo-Mendell-Rubin Likelihood Ratio Test

RÉSUMÉ

Les troubles anxieux et de l'humeur sont les troubles mentaux les plus fréquents au sein de la population. S'il existe des traitements efficaces, une proportion significative de personnes n'y répond pas positivement, doit aussi vivre avec des symptômes résiduels et doit faire face à la récurrence de leur trouble. Dans ce contexte, les personnes avec ces troubles peuvent-elles espérer se rétablir et accéder à un niveau élevé de santé mentale? Des travaux théoriques récents suggèrent que le rétablissement se mesure à l'aide de deux indicateurs, soit la réduction des symptômes (rétablissement clinique) et l'optimisation de la santé mentale positive (rétablissement personnel). Certaines personnes non rétablies sur le premier indicateur pourraient l'être sur le deuxième. Cela n'a jamais été vérifié empiriquement auprès d'un échantillon clinique de personnes vivant avec des troubles anxieux et de l'humeur.

L'autogestion ferait partie intégrante du processus de rétablissement. Elle réfère à l'engagement de la personne dans des stratégies quotidiennes pour aller mieux. Quelques études qualitatives suggèrent que les personnes utilisent une variété de stratégies d'autogestion associées au rétablissement. Les travaux quantitatifs sont cependant ralentis par l'absence d'un questionnaire valide d'autogestion. Ainsi, on dispose de très peu de données quantitatives sur les différents profils de rétablissement. Les principales combinaisons de stratégies d'autogestion utilisées par les personnes et leurs associations avec les indicateurs de rétablissement demeurent méconnues. Appuyée sur des principes et valeurs des psychologies positive et communautaire, ainsi que par l'approche centrée sur la personne, cette thèse vise à explorer l'autogestion des troubles anxieux et de l'humeur, ainsi que son association avec des indicateurs de rétablissement clinique et personnel.

Le premier volet de la thèse vise à mettre au point et à valider un questionnaire d'autogestion spécifique aux troubles anxieux et de l'humeur, le Questionnaire d'autogestion en santé mentale (QASM). Ce volet s'appuie sur une démarche multiphasique avec des experts et une étude auprès de 149 personnes rapportant avoir reçu un diagnostic de ces troubles. Les analyses factorielles ont permis de réduire le questionnaire à 18 items. Le questionnaire comprend trois sous-échelles : 1) clinique (obtenir de l'aide et utiliser les ressources disponibles pour réduire ses symptômes), 2) pouvoir d'agir (prendre appui sur ses forces et un concept de soi positif afin de

prendre du pouvoir), et 3) vitalité (adopter un style de vie sain et actif). Les trois sous-échelles montrent une cohérence interne satisfaisante, ainsi qu'une fiabilité test-retest adéquate après deux semaines. Le patron d'association entre les sous-échelles et des mesures critères (par ex. habiletés d'autogestion, indicateurs de rétablissement) soutiennent la validité concurrente et convergente du QASM. Sa corrélation avec la mesure de désirabilité sociale est faible. La comparaison de modèles structurels montre que les stratégies d'autogestion et les indicateurs de rétablissement sont des construits distincts.

Utilisant le QASM, le deuxième volet de la thèse vise à explorer les profils de rétablissement présentés par les personnes ayant participé à l'étude du premier volet. Dans une perspective d'analyse orientée vers la personne, une analyse de profils latents a été menée à partir des scores aux sous-échelles du QASM et des indicateurs de rétablissement clinique et personnel. Les résultats suggèrent l'existence de trois profils. Le profil dit en *flétrissement* regroupe les participants utilisant rarement des stratégies d'autogestion, présentant des symptômes modérément sévères ainsi que la santé mentale positive la plus faible. Les participants du profil dit en *épanouissement* utilisaient de façon particulièrement fréquente les stratégies d'autogestion axées sur la prise de pouvoir, présentaient les symptômes les moins sévères et le plus haut degré de santé mentale positive. Les participants du profil dit en *lutte* étaient les plus engagés dans l'autogestion, notamment axée sur le pouvoir d'agir et la vitalité. Leur profil, moins fréquent, était caractérisé par des symptômes relativement sévères et une santé mentale positive modérément élevée. Soutenant la validité des profils, le profil en *épanouissement* avait les scores les plus favorables sur des variables critères (projets personnels, participation sociale, habiletés d'autogestion et *coping*). Ce volet de la thèse révèle aussi que les hommes, les personnes défavorisées économiquement et celles vivant seules seraient davantage à risque de faire partie du profil en *flétrissement*.

La discussion de la thèse se centre sur les principales constatations suivantes. D'abord, le QASM est un instrument de mesure compréhensif et valide de l'autogestion. Il a permis d'approfondir la compréhension du construit en établissant ses principales dimensions pour une première fois. Ces dimensions confirment que les personnes utilisent une variété de stratégies d'autogestion, certaines centrées sur la réduction des symptômes (clinique), d'autres sur la promotion de la santé mentale positive (pouvoir d'agir et vitalité).

La distinction empirique entre les construits d'autogestion et de rétablissement a été montrée pour une première fois. La thèse a aussi fait ressortir que les associations quantitatives entre l'autogestion et les indicateurs de rétablissement personnel et

clinique sont complexes, variant selon le profil de rétablissement. Pour un des profils (en *épanouissement*), un engagement fréquent dans l'autogestion était rapporté de façon concomitante avec des symptômes peu sévères, alors que pour un autre profil (en *flétrissement*), la situation inverse était rapportée. Dans l'esprit des soins centrés sur la personne, ces résultats rappellent l'importance de personnaliser le soutien à l'autogestion au profil individuel de la personne.

L'existence d'un profil caractérisé par un niveau considérable de santé mentale positive malgré des symptômes relativement sévères constitue une constatation importante de la thèse. Cela fournit un appui inédit aux propositions de chercheurs sur le rétablissement. Ce résultat soulève aussi la pertinence pour les intervenants de soutenir les personnes dans l'optimisation de leur santé mentale positive en plus du travail sur les symptômes. À cet effet, l'intégration des pratiques de psychologie positive pourrait être avantageuse. Enfin, l'identification de sous-groupes sociodémographiques présentant un profil de rétablissement moins favorable suggère l'existence d'inégalités sociales de rétablissement. Dans une perspective de psychologie communautaire, des améliorations à l'organisation des services et aux milieux de vie devraient être envisagées pour réduire ces inégalités à la source.

En conclusion de la thèse, ses limites (par ex. échantillon de convenance, devis transversal) sont énoncées, de même que la force de son approche théorique et méthodologique intégrative. La thèse se termine par un appel à la réflexion sur les conditions qui devraient être mises en place par la société pour soutenir l'autogestion et le rétablissement des personnes qui vivent avec des troubles anxieux et de l'humeur.

Mots clés : autogestion, rétablissement, troubles anxieux et de l'humeur, analyse orientée vers la personne, psychologie positive

« Being in recovery means that I know that I have certain limitations and things I can't do. But rather than letting these limitations be an occasion for despair and giving up, I have learned that in doing what I can't do, I also opens upon the possibilities for all the things I can do. To me recovery means that I try to stay in the driver's seat of my life.

»

- Patricia E. Deegan

« You must give everything to make your life as beautiful as the dreams that dance in your imagination »

- Roman Payne

INTRODUCTION

Chaque personne a environ une chance sur cinq d'être atteinte d'un trouble anxieux ou de l'humeur au cours de la prochaine année (Steel et al., 2014). Ces troubles apparentés (Leyfer & Brown, 2014) et fréquemment comorbides (de Graaf, Bijl, Smit, Vollebergh, & Spijker, 2002) représentent les plus nombreux cas de troubles mentaux dans plusieurs pays (Kessler et al., 2005; Kessler et al., 2007). Au Québec, ces troubles représentent annuellement 581 423 personnes, traitées majoritairement en première ligne (Institut national de santé publique, 2012). Ces troubles sont une des sources d'incapacité les plus grandes à travers le monde (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2013). Même traités, ils sont souvent associés à des symptômes résiduels et à un risque élevé de récurrence (Fava, Ruini, & Belaise, 2007, Scholten et al., 2013). Les travaux scientifiques et professionnels contemporains suggèrent de considérer le rétablissement de ces troubles non seulement en termes de réduction des symptômes de trouble mental (c.-à-d., approche clinique), mais aussi en termes d'optimisation de la santé mentale positive (c.-à-d., approche personnelle) (Fava et al., 2007 ; Slade, 2009).

Les personnes peuvent jouer un rôle actif dans leur rétablissement (Mueser et al., 2002; Slade, 2009; van Grieken, Kirkenier, Koeter, Nabitz, & Schene, 2015), notamment par l'adoption de stratégies d'autogestion. L'autogestion réfère aux actions que les personnes peuvent prendre pour gérer leurs symptômes, réduire les risques de rechutes et récurrence¹, et favoriser leur santé mentale positive au quotidien (Lorig & Holman, 2003; Villaggi et al., 2015). L'autogestion prend appui sur le pouvoir d'agir (*empowerment*), la responsabilité personnelle et la motivation des personnes à aller mieux (Slade, 2009).

Dans l'approche des soins en étapes, soutenir l'autogestion est recommandée comme intervention psychosociale de faible intensité pour les personnes avec des symptômes sous le seuil clinique ou de légers à modérés (Fournier, Roberge, & Brouillet, 2012). Dans le cas de symptômes qui persistent ou en présence de symptômes modérés à sévères, le soutien à l'autogestion est offert en complément aux traitements traditionnels (Fournier et al., 2012; Bilsker, 2010). Malgré un intérêt grandissant pour les interventions de soutien à l'autogestion (Davidson, 2005; Houle, Gascon-Depatie, Bélanger-Dumontier, & Cardinal, 2013), les études empiriques sont rares sur le construit d'autogestion en santé mentale et ses relations avec le rétablissement. Comment mesurer les stratégies d'autogestion en santé mentale? Quels sont les principaux facteurs du construit d'autogestion? Comment est-il relié au rétablissement tel que mesuré par des indicateurs de sévérité des symptômes et de santé mentale positive (Provencher & Keyes, 2010, 2011, 2103)? La thèse vise à fournir des pistes de réponse à ces questions. Inspirés par des principes et des valeurs

¹ Les notions de rechute et de récurrence sont distinctes et se définissent en fonction des notions de rémission et de rétablissement, dans une approche clinique axée sur la réduction des symptômes (Frank et al., 1991; Rush et al., 2006). Le groupe de travail de Rush et al. (2006) indiquent que la rémission renvoie à l'absence des signes et symptômes du trouble pendant trois semaines consécutives. Le rétablissement quant à lui réfère à une période de rémission de quatre mois. La rechute représente le retour à un épisode du trouble (symptômes d'intensité suffisante pour répondre aux critères diagnostiques) alors que la personne était en rémission. Si la personne était rétablie lors du retour à un épisode du trouble, on parle alors de récurrence.

des psychologies positive et communautaire, et des soins centrés sur la personne, la thèse a pour but général d'explorer l'autogestion des troubles anxieux et de l'humeur, ainsi que son association avec des indicateurs de rétablissement clinique et personnel.

La thèse est organisée en deux volets, ayant chacun fait l'objet d'un article scientifique pour publication dans une revue avec comité de pairs. Le premier volet de la thèse vise à mettre au point et à effectuer une première validation d'un questionnaire d'autogestion des troubles anxieux et de l'humeur (Questionnaire d'autogestion en santé mentale, QASM). Aucun questionnaire spécifique au contexte des troubles mentaux n'a été identifié dans les écrits scientifiques, limitant l'avancement des connaissances sur le sujet. Ce volet s'appuie sur une démarche multiphasique impliquant un comité d'experts et un groupe de 149 participants rapportant avoir reçu un diagnostic de trouble anxieux ou de l'humeur et ayant répondu au QASM. Les analyses ont pour objectif de réduire les items du questionnaire et d'examiner sa validité et sa fidélité.

Le deuxième volet de la thèse vise à explorer les profils de rétablissement présentés par les 149 participants à l'étude du premier volet. Inscrits dans une approche des soins centrés sur la personne (Davidson, 2005; Storms & Edwards, 2013), le rétablissement, de même que l'autogestion dont font preuve les personnes pour le favoriser, sont des notions personnelles. Il apparaît donc pertinent d'examiner les profils individuels des participants quant à la combinaison de stratégies d'autogestion qu'ils utilisent et leur niveau de rétablissement en termes de symptômes et de santé mentale positive. Reposant sur une analyse de profils latents, ce volet a pour objectif d'identifier des profils de rétablissement, de les décrire, de vérifier leur validité de construit, et d'examiner la façon dont les caractéristiques cliniques et sociodémographiques des personnes sont liées aux profils.

Le premier chapitre de la thèse présente l'état des connaissances sur le rétablissement et l'autogestion, en prenant soin d'abord de définir et de caractériser les troubles anxieux et de l'humeur. Ce chapitre se termine par un bilan critique des écrits ainsi qu'une présentation des objectifs spécifiques de chaque volet de la thèse. Le deuxième chapitre porte sur la méthode utilisée pour atteindre ces objectifs. Le troisième chapitre est constitué de l'article sur le développement et la validation du questionnaire d'autogestion, tandis que le quatrième chapitre présente l'article sur l'exploration des profils de rétablissement. Le cinquième chapitre fait un rappel des faits saillants et interprétations des deux chapitres précédents. Ce chapitre présente aussi des implications pour la recherche et pour la pratique, ainsi que les principales forces et limites de l'étude. Le dernier chapitre présente une conclusion qui se termine par une invitation à mener une réflexion collective sur les conditions offertes par la société pour soutenir l'autogestion et le rétablissement.

CHAPITRE I

ÉTAT DES CONNAISSANCES

1.1. Troubles anxieux et de l'humeur

1.1.1. Définition

Les troubles anxieux et de l'humeur renvoient à plusieurs entités cliniques distinctes, mais interreliées (Leyfer & Brown, 2014). Chacune de ces entités sera d'abord décrite brièvement.

Les troubles anxieux et de l'humeur correspondent à deux classes diagnostiques majeures du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux dans sa version IV - texte révisé (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, 2000). Si cette classification a été révisée dans le DSM-5 publié en mai 2013 (American Psychiatric Association, 2013a), les entités cliniques seront néanmoins définies ici en suivant la structure du DSM-IV-TR qui faisait figure d'autorité au moment où le projet de recherche de laquelle est issue cette thèse fut conceptualisé.

Les troubles anxieux sont caractérisés par des symptômes de peur ou d'anxiété, une sensibilité à la menace et une réactivité accrue au stress (voir recensions de Craske et al., 2009, et Stein, 2015). Les notions d'attaque de panique et d'agoraphobie servent de base pour le diagnostic de certains troubles anxieux (définitions abrégées à partir du DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, 2000; version française: 2005) :

- a) attaque de panique : période d'appréhension intense ou de terreur, accompagnée de symptômes physiques et cognitifs, tels que palpitations, souffle coupé, peur de mourir, etc.;
- et b) agoraphobie : évitement de situations desquelles il serait difficile ou gênant

de sortir ou de recevoir de l'aide en cas de symptômes de panique, ou anxiété liée au fait de se retrouver dans de telles situations.

Les principaux troubles anxieux sont les suivants. En plus d'être formulées à partir du DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000, 2005), ces définitions abrégées sont inspirées de la synthèse de Leyfer et Brown (2014) :

- 1) Trouble panique sans agoraphobie : récurrence d'attaques de panique inattendues, accompagnée pendant un mois d'une crainte de la survenue d'une nouvelle attaque ou de ses conséquences, ou encore d'un changement de comportements liés aux attaques;
- 2) Trouble panique avec agoraphobie : présence d'agoraphobie associée aux symptômes d'un trouble panique;
- 3) Phobie sociale : peur significative et persistante de situations sociales ou de performance, souvent accompagnée d'évitement;
- 4) Phobie spécifique : peur irraisonnée découlant de la confrontation à une situation ou un objet précis ou de son anticipation, souvent accompagnée d'évitement;
- 5) Anxiété généralisée : préoccupations excessives et difficiles à contrôler liées à un nombre d'activités ou d'événements, pendant six mois, accompagnées de symptômes tels qu'irritabilité, difficultés de concentration, etc.;
- 6) Trouble obsessionnel compulsif : pensées intrusives récurrentes qui ne sont pas des préoccupations excessives de la vie réelle et qui causent de la détresse, ou actes répétitifs récurrents pour diminuer la détresse, accompagnés d'une perte de temps marquée ou d'un fonctionnement social altéré;
- 7) État de stress post-traumatique : détresse, sentiment d'impuissance ou d'horreur suite à l'exposition à un événement traumatique, accompagnés d'une reviviscence de l'événement, d'évitement des stimuli associés, d'un émoussement psychique, et d'activation neurovégétative.

Les troubles de l'humeur sont des troubles mentaux caractérisés par une humeur perturbée, déterminée par la présence d'un épisode thymique (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, 2000, 2005). Il existe quatre types d'épisodes thymiques (définitions abrégées à partir du DSM-IV-TR) : a) l'épisode dépressif majeur : humeur dépressive ou perte d'intérêt/de plaisir pour ses activités, qui persiste pendant deux semaines, accompagnée de symptômes tels que des changements aux plans du sommeil, de l'appétit ou du poids, et de la culpabilité ou de la dévalorisation, etc.; b) l'épisode maniaque : élévation de l'humeur ou humeur expansive ou irritable pendant une semaine, ou moins s'il y a hospitalisation, accompagnée de symptômes tels qu'estime de soi augmentée, idées de grandeurs, réduction du sommeil nécessaire, etc.; c) l'épisode hypomaniaque : présence de symptômes similaires à l'épisode maniaque pendant quatre jours, mais avec un degré de sévérité moindre ne réduisant pas le fonctionnement social, et absence de caractéristiques psychotiques; et d) l'épisode mixte : présence à la fois des symptômes d'un épisode dépressif et d'un épisode maniaque pendant une semaine presque tous les jours.

Les troubles de l'humeur suivants sont diagnostiqués à partir de la présence et de l'absence d'épisodes thymiques (définitions abrégées à partir du DSM-IV-TR, aussi inspirées de la synthèse de Leyfer & Brown, 2014) :

- 1) Trouble dépressif majeur : un ou plus d'un épisode dépressif majeur, avec historique d'aucun épisode maniaque, hypomaniaque ou mixte;
- 2) Trouble bipolaire de type I : un ou plusieurs épisodes maniaques ou mixtes avec, la plupart du temps, occurrence d'un ou d'épisodes dépressifs majeurs;
- 3) Trouble bipolaire de type II : un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs avec occurrence d'un ou d'épisodes hypomaniaques;
- 4) Trouble dysthymique : humeur dépressive chronique au minimum un jour sur deux pendant deux ans, accompagnée de symptômes tels que baisse d'énergie ou fatigue, faible estime de soi, etc.;

- 5) Trouble cyclothymique : sur deux ans, alternance entre de multiples périodes de symptômes hypomaniaques et périodes de symptômes dépressifs, mais qui ne sont pas suffisamment sévères pour répondre aux critères d'épisodes hypomaniaques et dépressifs.

Dans la version V du DSM, les critères diagnostiques des troubles de l'humeur sont restés dans l'ensemble inchangés (voir Parker, 2014) tout comme les critères pour plusieurs des troubles anxieux qui reprennent les principaux éléments du DSM-IV-TR (voir un document récapitulatif des changements de l'American Psychiatric Association, 2013b). Cependant, la méta-structure des troubles anxieux et de l'humeur a été modifiée en les séparant en cinq classes diagnostiques dans lesquelles sont reprises la plupart des entités cliniques présentées précédemment. Ces cinq classes diagnostiques sont : les troubles bipolaires et les troubles connexes, les troubles dépressifs, les troubles anxieux, les troubles obsessionnels compulsifs et connexes, et les troubles liés à des traumatismes et à des stressseurs. Malgré cette nouvelle catégorisation des troubles anxieux et de l'humeur, notons que les cinq classes figurent les unes après les autres dans le DSM-5, dans lequel la succession des chapitres indique la parenté entre les catégories diagnostiques (Regier, Kuhl, & Kupfer, 2013).

Une classification qui délimite de façon fine les diagnostics a des avantages et des inconvénients. Elle favorise la validité diagnostique et peut guider de façon précise l'intervention clinique pour des professionnels spécialisés (Stein, 2015). Cependant, « a primary care clinician may well prefer a nosology that employs broad brushstrokes » (Stein, 2015, p. 5). La comorbidité entre les troubles anxieux et de l'humeur soulève la pertinence de les considérer ensemble, notamment pour les traiter

dans un contexte de première ligne². Dans une étude aux Pays-Bas avec un échantillon représentatif de 7 076 adultes, 54,3 % des personnes vivant avec un trouble de l'humeur présentaient aussi un trouble anxieux (prévalence sur 12 mois), alors que 33,4 % de celles qui vivaient avec un trouble anxieux présentaient aussi un trouble de l'humeur (de Graaf et al., 2002). Cette comorbidité est particulièrement observable en première ligne, tant entre les symptômes dépressifs et anxieux (Hirschfeld, 2001) qu'entre les symptômes du trouble bipolaire et les symptômes anxieux (Cerimele, Chwastiak, Dodson, & Katon, 2014). C'est dans cette optique que plusieurs professionnels de première ligne préfèrent décrire de façon générale le portrait clinique de leurs usagers plutôt que d'utiliser des diagnostics très spécifiques (Jacob & Patel, 2014).

Par le passé, certains chercheurs ont regroupé ces troubles sous l'appellation « désordres émotionnels » (Carl, Soskin, Kerns, & Barlow, 2013; Norton & Paulhus, 2015). Les modèles actuels quant à l'étiologie de ces troubles proposent qu'ils sont liés aux mêmes sources de vulnérabilité (par ex. trait névrotique, affect négatif), mais que celles-ci se manifestent différemment d'un trouble à l'autre (voir recension de Leyfer & Brown, 2014). Des données suggèrent que plusieurs des troubles anxieux et de l'humeur peuvent être traités en suivant des orientations similaires en matière de psychothérapie et de pharmacologie (Leyfer & Brown, 2014). Ainsi, dans leur recension des écrits, Leyfer et Brown (2014) rapportent que certains traitements (par ex. benzodiazépines, inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, thérapie

² Selon Lévesque (2006) pour l'Institut national de santé publique du Québec et la Direction de santé publique de Montréal, « les services de première ligne représentent le point de contact de la population avec le réseau de la santé. Ils comprennent un ensemble de services courants de santé qui s'appuient sur une infrastructure légère et peuvent être dispensés en cabinet privé, en CLSC, en centre de santé ou à domicile ». Discutant des soins de première ligne en santé mentale, Fleury (2009) évoque les services offerts par les omnipraticiens, les CLSC, les psychologues en cabinet privé et les organismes communautaires. Les soins de première ligne diffèrent de ceux offerts en deuxième et troisième lignes, qui s'adressent aux personnes dont les problèmes empêchent de demeurer dans leur milieu de vie ainsi qu'aux soins spécialisés ou nécessitant une infrastructure plus lourde retrouvée en centre hospitalier (Lévesque, 2006).

cognitive comportementale) auraient une efficacité équivalente pour plusieurs troubles anxieux et de l'humeur. Par exemple, l'étude de Tyrer et al. (1988) montrent une efficacité similaire de la thérapie cognitive comportementale pour les troubles d'anxiété généralisé, panique et dysthymique. De plus, dans une autre étude, plusieurs personnes traitées pour un trouble spécifique (trouble panique) ont montré des améliorations pour d'autres troubles comorbides (phobie sociale, trouble d'anxiété généralisée et dépression, considérés dans leur ensemble) même si ces troubles n'étaient pas explicitement ciblés par le traitement (Brown, Antony, & Barlow, 1995). Dans ce même esprit, certaines approches transdiagnostiques de traitement ont été mises de l'avant et ont montré des résultats prometteurs, par exemple le *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders* (Barlow et al., 2010; Ellard et al., 2012) ou la Thérapie d'acceptation et d'engagement (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012) (voir Leyfer & Brown, 2014 et Norton & Paulhus, 2015).

Pour ces raisons, une approche transdiagnostique a été retenue dans le cadre de cette thèse. Ce choix est en accord avec la perspective de la santé publique qui adopte une vision englobante des troubles anxieux et de l'humeur, par exemple l'Institut national de santé publique du Québec les regroupe sous l'appellation « troubles anxio-dépressifs »³ (2012). Ce choix reflète aussi les conceptualisations sociales des troubles mentaux, dans lesquelles l'accent mis sur le diagnostic et la pathologie par les professionnels est moindre, alors que l'expertise, les forces et le pouvoir d'agir

³ L'appellation « troubles anxieux et de l'humeur » a été préférée dans le cadre de la thèse à celle « troubles anxio-dépressifs » pour deux raisons : 1) d'abord, il n'est pas évident de cette dernière appellation qu'elle inclut les troubles bipolaires, lesquels ne font pas partie, à proprement dit, des troubles dépressifs (American Psychiatric Association, 2013a), risquant ainsi de confondre le lecteur; 2) l'expression « troubles anxio-dépressifs » rappelle un diagnostic spécifique qui n'a pas été retenu dans le DSM-5, mais qui fait néanmoins partie de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (10^e révision), soit le trouble mixte anxio-dépressif. Ce trouble renvoie à des symptômes anxieux et dépressifs combinés chez la personne (Pelissolo, n.d.). Cette appellation serait confondante dans le cas de la présente thèse qui englobe la variété des troubles anxieux et des troubles de l'humeur.

des personnes elles-mêmes sont davantage centraux dans leur rétablissement (Slade, 2009). Enfin, le soutien à l'autogestion, qui est au cœur de la présente thèse, est une composante clé dans les interventions de première ligne pour les troubles anxieux et de l'humeur (Doré et al., 2009; Fournier, Roberge, & Brouillet, 2012). Comme nous le verrons plus loin, les personnes en rétablissement d'un trouble anxieux et de l'humeur utilisent des stratégies d'autogestion semblables (Villaggi et al., 2015). Cela a aussi motivé le choix d'une approche transdiagnostique.

Voyons maintenant l'ampleur de la problématique posée par les troubles anxieux et de l'humeur, en examinant leur prévalence et leurs conséquences pour l'individu et la société.

1.1.2. Ampleur

Les troubles anxieux et de l'humeur font partie des troubles mentaux les plus prévalents dans plusieurs pays à travers le monde (Kessler et al., 2005; Kessler et al., 2007). Ainsi, dans une étude auprès de 85 052 personnes dans 17 pays sur les continents américain, européen, asiatique et africain, le trouble mental le plus prévalent était soit un trouble de l'humeur, soit un trouble anxieux pour 16 des pays, surpassant ainsi les prévalences des autres troubles considérés dans l'étude (trouble d'abus de substance et de contrôle des impulsions).

Selon une méta-analyse publiée en 2014, basée sur les résultats de 83 études dans 39 pays, la prévalence à vie des troubles de l'humeur est estimée à 9,6 [95 % IC : 8,5 % - 10,7 %], soit 7,3 % pour les hommes et 14,0 % pour les femmes (Steel et al., 2014). Selon la même recherche, basée sur les résultats de 70 études dans 39 pays, la prévalence à vie des troubles anxieux est estimée à 12,9 % [95 % IC : 11,3 % - 14,7 %], soit 10,1 % pour les hommes et 18,2 % chez les femmes. Les auteurs

concluent à l'existence d'un effet de genre, où les femmes sont davantage touchées par ces troubles que les hommes.

En ce qui concerne la prévalence à vie selon le trouble, une recension systématique plus détaillée publiée en 2004 l'estimait à 6,7 % pour le trouble dépressif majeur, 3.6 % pour la dysthymie et 0.8 % pour le trouble bipolaire (seulement le type I inclus dans l'étude) (Waraich, Goldner, Somers, & Hsu, 2004). Si les taux observés dans les études recensées étaient plus élevés de façon consistante chez les femmes que chez les hommes pour le trouble dépressif majeur et la dysthymie, le patron était moins consistant pour le trouble bipolaire pour lequel les taux étaient généralement similaires pour les deux groupes. Publiée par la même équipe de chercheurs (Somers, Goldner, Waraich, & Hsu, 2006), une recension systématique estime ainsi la prévalence à vie des troubles anxieux, en ordre décroissant : anxiété généralisée (6.2 %), phobie spécifique (4.9 %), agoraphobie (3.1 %), phobie sociale (2.5 %), état de stress post-traumatique (2.1 %), trouble obsessionnel compulsif (1.3 %), et trouble panique (1.2 %). Les taux étaient plus élevés pour les femmes que pour les hommes pour l'ensemble des troubles.

Récemment, au Québec, on estimait qu'annuellement les troubles anxieux et de l'humeur touchent 7,4% de la population, soit 581 423 en 2009-2010, selon l'Institut national de santé publique du Québec (2012). Ce nombre équivaut à près de 65 % des cas de troubles mentaux au Québec (Institut national de santé publique du Québec, 2012). Ils représentent une partie importante de la clientèle de première ligne, alors que près de 80 % d'entre eux consultent un médecin de famille et moins de 10 % consultent des spécialistes. Au Québec, les services de première ligne sont indiqués pour les personnes vivant avec des troubles mentaux courants comme la dépression et l'anxiété, mais aussi pour celles vivant avec des troubles plus graves (comme le

trouble bipolaire) une fois stabilisés (Fleury, 2009; Fleury & Grenier, 2012; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005).

Au Canada, selon les données d'une enquête de Statistique Canada en 2013 (publiées par la Public Health Agency of Canada, 2015), la prévalence ponctuelle (c.-à-d. à un jour donné, lors de l'enquête) estimée des troubles anxieux et de l'humeur est de 11,6 %, représentant trois millions de Canadiennes et Canadiens vivant avec l'un ou l'autre de ces troubles. Dans l'enquête, plus du quart des personnes avec ces troubles (27 %) rapportaient que cela nuisait beaucoup ou énormément à leur qualité de vie, la moitié (50 %) ont dû modifier un aspect de leur travail à cause du trouble et plus du tiers (35 %) ont dû complètement arrêter de travailler. Selon les données présentées par l'Institut national de santé publique du Québec (2012), vivre avec un trouble anxieux ou de l'humeur est associé à des risques plus élevés de mortalité, notamment par suicide, chez les personnes des deux sexes, et une espérance de vie moindre (de quatre ans) chez les hommes.

Les troubles anxieux et de l'humeur sont associés à un fardeau de la maladie parmi les plus élevés. Selon le rapport sur le fardeau de la maladie publiée par l'*Institute for Health Metrics and Evaluation* en 2013, le trouble dépressif majeur est la deuxième cause d'incapacité à travers le monde, les troubles anxieux représentent la septième et le trouble bipolaire la 18e. En 2010, selon l'espérance de vie corrigée de l'incapacité (c.-à-d. indicateur du nombre d'années en santé perdues, en considérant les incapacités associées au trouble), parmi les troubles mentaux, les troubles anxieux et de l'humeur représentaient la plus grande source d'années perdues à travers le monde, soit respectivement 14,6 % et 47,5 % (Whiteford et al., 2013). En termes de coûts économiques, le *Conference Board* du Canada publie en 2012 que le Canada subit des pertes financières annuelles de 20,7 milliards de dollars en raison de l'effet néfaste des troubles anxieux et de l'humeur (dépression, dysthymie, trouble bipolaire,

phobie sociale, trouble panique, agoraphobie) sur la participation au travail de la population en âge de travailler.

1.1.3. Traitements, symptômes résiduels et récurrence

Si la présentation détaillée des différents traitements sort du cadre de cette thèse où l'accent est mis sur le rôle de l'individu dans son autogestion et son rétablissement plutôt que sur l'aide extérieure, il convient de présenter brièvement les traitements. Cela permettra de mieux situer la problématique du rétablissement et de l'autogestion en relation avec les différentes options thérapeutiques offertes aux personnes vivant avec des troubles anxieux et de l'humeur.

Plusieurs guides de pratiques cliniques pour les troubles anxieux et de l'humeur s'accordent sur le fait que les traitements psychologiques et pharmacothérapeutiques sont bénéfiques pour ces troubles (Gelenberg et al., 2010; Katzman et al., 2014; Nivoli et al., 2011; Yatham et al., 2013). Pour le trouble dépressif majeur, le plus récent guide de pratiques canadien (Parikh et al., 2009) recommande les thérapies cognitives comportementales et interpersonnelles, sur la base des preuves accumulées à l'égard de leur efficacité et selon l'avis d'experts. Un autre guide de pratique ajoute que les traitements misant sur l'activation comportementale de la personne sont aussi prometteurs (Gelenberg et al., 2010). En ce qui concerne la pharmacothérapie, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA) sont jugés efficaces (Lam et al., 2009).

Pour le trouble bipolaire, un guide de pratiques canadien récent (Yatham et al., 2013) souligne qu'en tant que traitement adjuvant aux thérapies médicamenteuses, les approches psychologiques comme la thérapie cognitive comportementale, la thérapie

interpersonnelle et la psychoéducation de groupe seraient bénéfiques dans le traitement des épisodes dépressifs et pour le maintien. Dans la phase de maintien, la prévention des rechutes, la réduction des symptômes résiduels et l'optimisation du fonctionnement retiennent l'attention alors que l'humeur a été auparavant stabilisée (Geddes & Miklowitz, 2013). Concernant la pharmacothérapie, le guide de pratiques canadien (Yatham et al., 2013) rapporte que plusieurs agents comme le lithium, le divalproex et certains antidépresseurs (en combinaison avec d'autres agents) sont efficaces selon qu'on souhaite traiter les épisodes maniaques ou dépressifs, ou favoriser le maintien.

Enfin, pour les troubles anxieux, le récent guide de pratiques canadien (Katzman et al., 2014) rapporte que les traitements psychologiques d'orientation cognitive comportementale, notamment axés sur l'exposition, ainsi que la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience ont été montrés efficaces dans des méta-analyses. En ce qui concerne la pharmacothérapie, les antidépresseurs (ISRS et IRSN) sont recommandés, de même que les benzodiazépines comme adjuvants à court terme (Katzman et al., 2014). Si le détail n'est pas abordé ici, il convient de mentionner que les écrits suggèrent différents contextes et séquences pour utiliser et combiner les différents agents pharmacologiques entre eux et avec la psychothérapie, en fonction par exemple des symptômes à traiter, mais aussi des préférences des personnes (Katzman et al., 2014; Vieta, Murru & Rossi, 2010).

Malgré l'efficacité démontrée de ces traitements, toutes les personnes n'y répondent pas aussi positivement. Une proportion significative de personnes vivant avec des troubles anxieux ou de l'humeur sont résistantes aux traitements (Berlim, Tovar-Perdomo, & Fleck, 2015; Bystritsky, 2006; Ellison & Harney, 2000; Fava, 2003; Gitlin, 2006; Lanouette & Stein, 2010; Poon, Sim, Sum, Kuswanto, & Baldessarini, 2012). Si la définition de résistance au traitement varie beaucoup d'une étude à

l'autre (voir Berlim et al., 2015), elle s'observe généralement lorsqu'une personne ne présente pas d'amélioration significative après avoir fait l'essai d'un ou de plusieurs traitements adéquats selon les standards, par exemple une pharmacothérapie selon le dosage et la durée recommandés et à laquelle la personne a adhéré (Berlim & Turecki, 2007). Selon les estimations les plus conservatrices, au moins 10 à 15 % des personnes vivant avec un trouble dépressif majeur ne répondent pas aux traitements médicamenteux ou psychothérapeutiques adéquats (Nierenberg, 1990 dans Berlim et al., 2015). Concernant spécifiquement les antidépresseurs, jusqu'à 50 à 60 % des personnes avec ce trouble montreraient une réponse insatisfaisante, c.-à-d. n'atteignent pas un état de rémission caractérisé par une diminution des symptômes sous le seuil clinique (Fava, 2003). Pour les troubles anxieux, il est estimé que de 40 à 60 % des personnes ne répondent pas favorablement aux traitements (Bystritsky, 2006; Lanouette & Stein, 2010). En ce qui concerne les troubles bipolaires, les chercheurs adoptent des définitions variées de la résistance au traitement. Cependant, une recension des écrits (voir Poon et al., 2012) mène à la conclusion que, de façon générale, la réponse au traitement est souvent insatisfaisante chez les personnes avec ce trouble.

Parmi les personnes qui ressentent les effets bénéfiques des traitements, plusieurs doivent néanmoins apprendre à vivre avec des symptômes résiduels. Dans le contexte de la dépression, Fava, Ruini et Belaise (2007, p. 310) concluent de leur recension des écrits que « residual symptoms are the rule after completion of drug or psychotherapeutic treatment ». En plus des symptômes dépressifs qui persistent, les autres symptômes résiduels les plus courants sont l'anxiété et l'irritabilité (Fava et al., 2007). Les perturbations du sommeil constituent aussi un symptôme résiduel fréquent (Nierenberg et al., 2010). Dans une étude auprès de 30 personnes souffrant d'un trouble panique avec agoraphobie ayant répondu positivement au traitement, plusieurs symptômes résiduels ont été observés, les plus courants étant : anxiété

générale, anxiété somatique, faible estime de soi, agoraphobie et hypocondrie (Fava et al., 2001). Elles présentaient aussi un niveau plus faible de bien-être psychologique et physique que des sujets contrôle appariés. Des symptômes résiduels (symptômes dépressifs ou maniaques, retrait social) ont aussi été observés dans une étude auprès de 43 personnes dont le trouble bipolaire était en rémission depuis au moins six mois (Kaya, Aydemir, & Selcuki, 2007). Non seulement ces symptômes sont-ils désagréables au jour le jour, mais ils pourraient aussi être reliés à une évolution plus négative du trouble, augmentant les risques de rechute (reprise d'un épisode antérieur) et même de récurrence à plus long terme (survenue d'un nouvel épisode) (Boland & Keller, 2002; Paykel et al., 1995).

Les risques de récurrence sont par ailleurs très élevés. Bolland et Keller (2002) rapportent plusieurs études ayant montré des pourcentages élevés (environ entre 65 et 75 %) de récurrence du trouble dépressif majeur dans le cadre de devis longitudinaux suivant les participants pour une période variant entre 1 et 13 ans. Une étude longitudinale récente de Hardeveld, Spijker, de Graaf, Nolen et Beekman (2013) estime la récurrence cumulative du trouble dépressif majeur à 42 % sur une période de 20 ans. Dans une autre étude avec des participants en rémission d'un trouble anxieux ($N=429$), environ le quart a vécu une récurrence durant le suivi de deux ans (Scholten et al., 2013). Enfin, dans une étude sur deux ans, parmi les personnes qui se sont remises des symptômes d'un trouble bipolaire ($N=858$), près d'une sur deux a vécu une récurrence durant le suivi (Perlis et al., 2006).

En résumé, les travaux recensés soulignent une efficacité réelle mais limitée des traitements, comme le suggèrent les taux relativement élevés de résistance, la présence courante de symptômes résiduels et un risque élevé de récurrence. Ce portrait plutôt négatif de la situation souligne le défi auquel sont confrontées les personnes vivant avec des troubles anxieux et de l'humeur qui doivent composer avec

leurs symptômes au quotidien, et ce, dans une perspective à long terme. À travers la notion d'autogestion, la thèse explore le rôle actif que les personnes peuvent jouer dans leur rétablissement. Face à un trouble qui pourrait faire partie de leur vie de façon chronique, comment ces personnes prennent-elles soin d'elles-mêmes, de leurs symptômes, mais aussi de leur bien-être? Dans cette thèse, les orientations de la psychologie positive et de la psychologie communautaire, de même que celles des soins centrés sur la personne sont mises à contribution, fournissant un cadre utile pour répondre à cette question.

1.2. Orientations théoriques et pratiques

1.2.1. Psychologie positive

La psychologie positive est « l'étude des conditions et des processus qui contribuent à l'épanouissement ou au fonctionnement optimal des personnes, des groupes et des institutions » (Gable & Haidt, 2011, p. 39). Un des acteurs importants derrière la naissance de ce champ de la psychologie est Martin E. P. Seligman qui a présenté la psychologie positive dans le discours qu'il a fait en tant que président de l'American Psychological Association en 1998. Constatant que, depuis la fin de la Seconde Guerre, psychologues et chercheurs se sont surtout employés à comprendre et à traiter les psychopathologies, la psychologie positive a été développée dans le but d'étudier et de favoriser ce qui fait que la vie vaut la peine d'être vécue (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Les piliers de la psychologie positive sont : (a) les expériences subjectives valorisées, comme le bien-être, la satisfaction, l'espoir; (b) les traits positifs individuels, comme la persévérance, la spiritualité, le courage; et (c) les vertus civiques et les institutions qui favorisent la citoyenneté, comme l'altruisme, la responsabilité, la civilité (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Si l'idée de la psychologie positive de Seligman et des autres fondateurs n'était pas tout à fait nouvelle (notamment Maslow avait déjà utilisé l'expression en 1970), elle fut accueillie favorablement alors que le mouvement a connu un développement rapide en 15 ans, porté par le *zeitgeist* du moment (Wood & Tarrier, 2010). En témoigne la mise sur pied de plusieurs associations nationales et internationales, de plusieurs revues scientifiques et de programmes de formation (Donaldson, Dollwet, & Rao, 2015). Ainsi, en 2015, Donaldson et ses collègues ont-ils recensé 1336 articles dans des revues avec comité de pairs, publiés entre 1999 et 2013, centrant leur attention principalement sur le bien-être, les forces de caractère, l'espoir, la gratitude, la résilience et la croissance. Pierre angulaire de la psychologie positive, le bien-être était le construit le plus fréquemment étudié (Donaldson et al., 2015).

Si la définition du bien-être a été débattue dans plusieurs travaux (Kashdan, Biswas-Diener, & King, 2008; Ryan & Huta, 2009; Waterman, 2008), plusieurs chercheurs (Henderson & Knight, 2012; Keyes & Annas, 2009; Ryan & Deci, 2001) s'entendent sur le fait qu'il englobe à la fois des aspects hédoniques et des aspects eudaimoniques. Le bien-être hédonique renvoie au fait de vivre des émotions positives et une satisfaction à l'égard de la vie (Diener, 2000; Ryan & Deci, 2001). En contraste, dans l'esprit des travaux du philosophe Aristote, le bien-être eudaimonique renvoie au fait d'actualiser son plein potentiel et de fonctionner pleinement, notamment à travers une vie qui a sens et grâce à des relations enrichissantes avec les autres (Ryan & Deci, 2001; Ryff, 1989; Waterman, 1993). Englobant ces deux types de bien-être dans un seul construit, le modèle de la santé mentale positive développé par Keyes (2005; voir aussi Keyes & Simoes, 2012) est l'un des modèles du bien-être les plus validés à ce jour (Hone, Jarden, Schofield, & Duncan, 2014).

Dans le contexte de la présente thèse qui porte sur des individus vivant avec un trouble mental, il convient de situer comment s'inscrit la psychologie positive par

rapport aux difficultés rencontrées par les personnes. Une des critiques souvent adressées à la psychologie positive est qu'elle fait fi des expériences négatives de l'existence humaine (Wong, 2011). Néanmoins, comme le relate Wong (2011), le champ a voulu se rectifier depuis quelques années. Ainsi, en 2006, Peterson (p. 5) mentionnait que le champ « calls for as much focus on strength as on weakness, as much interest in building the best things in life as in repairing the worst, and as much attention to fulfilling the lives of healthy people as to healing the wounds of the distress ». Si le point de mire de la psychologie positive reste néanmoins sur l'expérience positive (Wong, 2011), des chercheurs proposent de nouvelles moutures, comme la Positive Clinical Psychology (Wood & Tarrier, 2010), la Positive Psychology 2.0 (Wong, 2011) et la Second Wave Positive Psychology (Ivtzan, Lomas, Hefferon, & Worth, 2015) qui adoptent un regard plus équilibré sur l'expérience humaine. De telles perspectives s'attardent notamment à comprendre comment les personnes développent leur potentiel et se transforment positivement à travers les situations d'adversité (Ivtzan et al., 2015; Wong, 2011). Cela rejoint les propos de Seligman (2002, pp. xiii-xiv) qui écrivait : « People who are impoverished, depressed, or suicidal care about much more than just the relief of their suffering. These persons care - sometimes desperately - about virtue, about purpose, about integrity, and about meaning ». C'est dans cet esprit que de nombreux travaux ont examiné la résilience des personnes qui font face à des troubles de santé chroniques (Cal, de Sá, Glustak, & Santiago, 2015). Par exemple, au Québec, des travaux en réadaptation physique ont permis le développement d'un outil pratique pour soutenir la résilience à travers la recherche de sens chez des personnes ayant vécu un traumatisme physique (Chouinard, Grenier-Melançon, & Mandeville, 2012). La thèse s'appuiera et étendra les connaissances en psychologie positive développées dans cette lignée, en examinant comment les personnes avec des troubles anxieux et de l'humeur apprennent à vivre positivement et donnent un sens à leur vie malgré l'adversité que représentent ces troubles, les symptômes résiduels et le risque de récurrence élevé.

1.2.2. Psychologie communautaire

La psychologie communautaire a été fondée en 1965, durant la conférence de Swampscott aux États-Unis, par des psychologues désireux de s'éloigner d'un modèle médical centré sur le traitement individuel des difficultés, pour plutôt travailler dans et avec les communautés et leurs membres (Kelly, 2002). Un peu comme la psychologie positive, la psychologie communautaire ne se centre pas sur l'évaluation et le traitement des pathologies, mais prend plutôt appui sur les forces des individus et de leurs communautés pour promouvoir leur bien-être (Cowen, 1991; Prilleltensky, 2001). Cependant, ce qui différencie la psychologie communautaire de la psychologie positive est l'accent sur les facteurs structuraux qui influencent le bien-être (Schueller, 2009).

Un principe fondamental de la psychologie communautaire est la reconnaissance que l'être humain est influencé par le contexte social dans lequel il vit (Nelson & Prilleltensky, 2010). La psychologie communautaire cherche à « appréhender l'individu dans son environnement, la communauté de manière écologique et la société de manière critique » (Saïas, 2009, p. 5). La métaphore écologique est ainsi souvent utilisée pour représenter les multiples couches du contexte social. Selon le modèle écologique de Bronfenbrenner (1979), l'individu se développe dans des systèmes imbriqués les uns dans les autres, allant des milieux de vie proximaux à la société dans son sens large. En accord avec l'importance qu'elle accorde au contexte social, la psychologie communautaire promeut une pratique engagée au plan sociopolitique, « en prise avec la réalité vécue par les personnes, dès lors que ces dernières sont sorties du cabinet ou de l'institution où exerce traditionnellement le psychologue » (Clerc, 2011, p. 88).

La psychologie communautaire privilégie une approche critique soutenue par des valeurs de justice sociale et de pouvoir d'agir (Lavoie & Brunson, 2010; Prilleltensky,

2001). La justice sociale renvoie à la distribution juste et équitable des pouvoirs et des ressources dans la communauté (Prilleltensky, 2001). Ainsi, les psychologues communautaires travaillent à promouvoir le changement social et le pouvoir d'agir des membres des groupes opprimés pour qu'ils aient accès aux mêmes opportunités que les autres (García-Ramírez, Balcázar, & de Freitas, 2014). Faisant écho aux travaux en santé publique, une discipline connexe de la psychologie communautaire (Lavoie & Brunson, 2010), la réduction des inégalités sociales de bien-être et de santé fait partie des champs de compétence du psychologue communautaire (García-Ramírez et al., 2014; Wolfe, 2014). De telles inégalités prennent leur source dans les déterminants sociaux comme le revenu et le genre, ainsi que l'exclusion à laquelle font notamment face les personnes avec des troubles mentaux (Mikkonen & Raphael, 2010).

Les personnes vivant avec un trouble mental constituent un groupe opprimé, dont la vie quotidienne est marquée par l'inégalité en termes de contrôle et de pouvoir, de pauvreté, et de stigmatisation (Lord & Dufort, 1996; Nelson, Lord, & Ochocka, 2001). Dans leurs travaux avec les personnes vivant avec des difficultés de santé mentale, Nelson et ses collègues (2001, p. 127, *italic from the authors*) définissent le pouvoir d'agir (*empowerment*) de ces personnes comme les « *opportunities for and conditions that promote choice and control, community integration, and valued resources* ». Ainsi, prendre des initiatives pour changer sa vie, pouvoir compter sur le soutien des proches et sur des relations équitables avec les professionnels, obtenir des services dans une approche individualisée ainsi qu'avoir des ressources financières suffisantes font partie des conditions qui favorisent le pouvoir d'agir des personnes avec des difficultés de santé mentale (Nelson et al., 2001).

La thèse s'inspire de cette perspective de la psychologie communautaire, centrant son attention sur le rôle actif que les personnes vivant avec des troubles anxieux et de

l'humeur peuvent prendre dans leur rétablissement, en considérant aussi les inégalités sociales et l'accès aux ressources.

1.2.3. Soins centrés sur la personne

Les services de santé mentale sont aujourd'hui davantage centrés sur le patient qu'ils ne l'étaient avant (Mechanic, 2007). Ainsi, les dispensateurs de soins s'emploient de plus en plus à soutenir les personnes avec des difficultés de santé mentale dans l'atteinte de leurs propres buts, suivant leur propre plan d'intervention plutôt que les astreindre à suivre un traitement préétabli (Corrigan, 2015). Cela reflète l'approche des soins centrés sur la personne (Corrigan, 2015), dans laquelle les services sont adaptés aux préférences et aux besoins de chaque personne (Storm & Edwards, 2013).

Comme le décrivent Davidson, Tondora, Miller et O'Connell (2015) dans une synthèse des écrits, si l'approche des soins centrés sur la personne rappelle des principes de soins déjà mis de l'avant dans le siècle des Lumières (18^e siècle), elle rejoint aussi des idées de Rogers (1961) et des mouvements sociaux récents des personnes avec des incapacités : 1) le rejet de la tendance des intervenants à réduire les personnes à leurs diagnostics; et 2) la reconnaissance de l'autodétermination des personnes et de leur capacité à prendre soin d'elles-mêmes. De façon contemporaine, dans le contexte médical, le 2001 Institute of Medicine Report positionnait les soins centrés sur « le patient » comme une avenue importante pour augmenter la qualité des soins (Davidson et al., 2015). La dénomination « personne » est préférée dans la présente thèse à celle de « patient », car elle considère la personne comme une entité holistique, au-delà des aspects médicaux (voir Davidson et al., 2015).

Comme Davidson et al. (2015) les décrivent, les soins centrés sur la personne en santé mentale s'appuient sur des principes comme :

- l'identification et la mise à profit des forces et des ressources à la disposition de la personne;
- le soutien à la personne dans son pouvoir d'agir à travers l'autogestion de sa condition;
- le droit de la personne de prendre ses propres décisions et risques, et de faire des erreurs ou de vivre des échecs dans le processus de rétablissement.

En bref, les soins centrés sur la personne mettent de l'avant l'implication de la personne dans ses soins et son traitement, ce qui est tout à fait cohérent avec des conceptualisations contemporaines du rétablissement en santé mentale (Storms & Edwards, 2013). L'approche des soins centrés sur la personne est bénéfique. En effet, Davidson et ses collègues (2012) ont recensé 49 études qui suggèrent de façon consistante que les soins centrés sur la personne favorisent l'engagement et l'adhésion au traitement, et sont associés à une réduction des symptômes de troubles physiques comme mentaux. L'exposition de ces bénéfices plus en détail va au-delà du cadre de la présente thèse, car celle-ci s'inscrit dans une étude corrélationnelle en contexte naturel (non interventionnel) ne portant pas directement sur les services offerts aux personnes. Toutefois, les principes de l'approche des soins centrés sur la personne sont en filigrane des travaux de cette thèse sur l'autogestion et le rétablissement. La prochaine section vise d'ailleurs à faire le point sur l'état des connaissances quant au rétablissement des personnes vivant avec des troubles mentaux comme les troubles anxieux et de l'humeur.

1.3. Rétablissement en santé mentale

Le rétablissement est au cœur des orientations et des cadres stratégiques qui sous-tendent l'organisation des services de santé mentale dans plusieurs pays, dont le Canada (Commission de la santé mentale du Canada, 2009), les États-Unis

(President's New Freedom Commission on Mental Health, 2003), l'Angleterre (National Institute for Mental Health in England, 2005) et la Nouvelle-Zélande (Mental Health Commission, 2012). Au Canada, en 2006, un rapport du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie recommandait de « placer le rétablissement au cœur de la réforme de la santé mentale » (p. 48). Dans cette lignée, la Commission nationale de la santé mentale (2009) publiait le cadre *Vers le rétablissement et le bien-être* pour favoriser la mise en place d'un système de santé mentale « qui appuiera les personnes qui vivent avec un trouble mental ou une maladie mentale dans leur cheminement vers le rétablissement et le bien-être » (p. 20). Au Québec, les soins et les services orientés vers le rétablissement constituent le premier principe directeur du *Plan d'action en santé mentale 2015-2020* (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015). Mais qu'est-ce que le rétablissement en santé mentale? Il existe deux approches principales qui définissent le rétablissement, de façons différentes : l'approche clinique et l'approche personnelle (Slade, Amering, & Oades, 2008).

1.3.1. Approche clinique

L'approche clinique est traditionnellement utilisée dans les services en santé mentale et reflète la perspective des professionnels (Lloyd, Waghorn, & Williams, 2007; Slade et al., 2008). Une orientation pathogénique sous-tend cette approche dans laquelle le rétablissement est défini principalement comme la réduction des symptômes (Slade et al., 2008). À cet égard, à l'issue d'une recension des écrits, un groupe de travail a proposé la définition suivante du rétablissement qui fait figure depuis de référence dans le champ de la dépression : le rétablissement se définit comme une période de rémission prolongée, c'est-à-dire durant laquelle une amélioration significative des symptômes est vécue par l'individu de sorte que leur nombre ou leur sévérité est en deçà du seuil clinique pendant huit semaines ou plus

(Frank et al., 1991). Un comité de travail récent propose plutôt une durée minimale de quatre mois pour le rétablissement (Rush et al., 2006).

S'appuyant sur les travaux de Frank et al. (1991), ce comité de travail du American College of Neuropsychopharmacology suggère que des questionnaires autorapportés peuvent être appropriés pour fournir des indicateurs du rétablissement (Rush et al., 2006). Parmi les questionnaires autorapportés, le comité identifie le Patient Health Questionnaire (PHQ-9; Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001) et le Quick Inventory of Depressive Symptomatology Self-Report (QIDS-SR; Rush et al., 2003) comme des exemples d'instruments appropriés qui permettent une mesure rapide (16 items et moins) tout en couvrant l'ensemble des critères de symptômes de l'épisode dépressif majeur dans le DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). Faisant référence aux risques de récurrence, Rush et al. (2006) spécifient que le rétablissement se rapporte à l'épisode dépressif et non au trouble dépressif en raison du fait que, malgré le rétablissement des symptômes, la personne reste vulnérable de vivre des épisodes futurs.

L'approche du rétablissement clinique, telle que définie par les travaux de Frank et al. (1991) et de Rush et al. (2006) pour la dépression, trouve aussi écho dans les recherches intégrant les personnes vivant avec des troubles anxieux (voir O'Donovan, 2004). Chez celles-ci, en raison de la comorbidité avec les symptômes dépressifs, Ballenger (1999) insiste sur l'importance de mesurer à la fois la sévérité des symptômes dépressifs et anxieux pour évaluer la rémission en deçà d'un seuil déterminé sur les mesures utilisées. Dans le cadre de leur évaluation du programme *Improving Access to Psychological Therapies* qui finance l'accès à la psychothérapie pour la dépression et l'anxiété au Royaume-Uni, Radhakrishnan et al. (2013) considèrent le rétablissement des personnes comme le passage des symptômes sous le seuil clinique sur les mesures autorapportées suivantes : PHQ-9 pour la dépression, et

Generalized Anxiety Disorder questionnaire (GAD-7; Spitzer, Kroenke, Williams, & Löwe, 2006) pour l'anxiété. Si ce dernier questionnaire a été développé comme mesure des symptômes du trouble anxieux généralisé, il a aussi été montré adéquat pour mesurer des symptômes d'autres troubles anxieux les plus communs, soit l'anxiété sociale, le stress post-traumatique et la panique (Kroenke, Spitzer, Williams, Mohanan, & Löwe, 2007).

Dans le contexte du trouble bipolaire, plusieurs chercheurs (par ex. Goldberg et al., 2007; Johnson & Miller, 1997) adoptent aussi une perspective clinique du rétablissement, évaluant le rétablissement en termes de symptomatologie sous le seuil clinique déterminé sur des mesures de symptômes dépressifs et maniaques. En raison du caractère chronique et fluctuant du trouble bipolaire, il est préférable de parler du rétablissement de l'épisode dépressif ou maniaque plutôt que du trouble bipolaire (Sajatovic, Chen & Young, 2015). Si le développement de questionnaires autorapportés pour évaluer la sévérité des symptômes maniaques a été ralenti par des craintes que l'agitation et le manque d'introspection des patients nuisent à la qualité des réponses, des études suggèrent qu'ils peuvent fournir des mesures valides et fidèles même chez des personnes avec des caractéristiques psychotiques et peu d'introspection (voir Altman, 1998). Dans ce contexte, un des rares questionnaires appuyés par des données psychométriques (Johnson, Miller, & Eisner, 2008) est le Altman Self-Rating Mania Scale (ASRMS; Altman, Hedeker, Peterson, & Davis, 1997).

1.3.2. Approche personnelle

En contraste avec l'accent mis sur le rétablissement clinique, dans l'approche personnelle, le rétablissement est compris comme renvoyant à autre chose que l'absence de symptômes ou un fonctionnement altéré par les symptômes (Slade et al.,

2008). Si l'approche clinique au rétablissement des troubles anxieux et de l'humeur est présente dans les écrits des professionnels et chercheurs, ce sont les récits des personnes vivant avec des troubles mentaux qui ont mené au développement de l'approche personnelle au rétablissement (Slade et al., 2008). Tel que le décrivent Slade et al. (2008) dans leur recension, les expériences qualitatives de plusieurs personnes touchées par un trouble mental ont été publiées dans les dernières décennies (par ex. Deegan, 1988; Davidson & Strauss, 1992), puis compilées dans les années 2000 sous la forme de synthèses qualitatives (par ex. Andresen, Oades & Caputi, 2003; Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams, & Slade, 2011). En 1988, Deegan, psychologue clinicien ayant reçu un diagnostic de schizophrénie en jeune âge, décrivait ainsi son expérience de rétablissement, en la comparant à la situation d'un homme paralysé : « Recovery does not refer to an end product or result. It does not mean that the paralyzed man and I were "cured". In fact, our recovery is marked by an ever-deepening acceptance of our limitations. But now, rather than being an occasion for despair, we find that our personal limitations are the ground from which spring our own unique possibilities » (pp. 14-15). Cette vision du rétablissement était déjà connue dans le contexte des maladies et des incapacités physiques (par ex. Wright, 1983; voir Anthony, 1993). S'inspirant des expériences décrites par Deegan et d'autres personnes ayant vécu avec des troubles mentaux sévères (par ex. Houghton, 1982), mais aussi avec des troubles de l'humeur (McDermott, 1990), Anthony (1993) a écrit cette définition souvent retenue du rétablissement (voir Clarke, Lumbard, Sambrook, & Kerr, 2015) comme étant : « a deeply personal, unique process of changing one's attitudes, values, feelings, goals, skills, and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one's life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness » (Anthony, 1993, p. 527). Le rétablissement est ici conçu comme le développement et la poursuite de

ses buts personnels, et un sentiment d'identité qui transcende le trouble mental (Mueser et al., 2002).

La notion de rétablissement personnel émerge de changements (par ex. désinstitutionnalisation) et de mouvements sociaux pour la reconnaissance des droits civils des personnes avec des incapacités (Resnick, Fontana, Lehman, & Rosenheck, 2005). Détournant le point focal du trouble mental vers le bien-être et le sens à la vie, l'approche personnelle au rétablissement est en plusieurs points convergente avec l'orientation de la psychologie positive (Slade, 2010).

Les recherches dans l'approche personnelle au rétablissement s'appuient principalement sur des méthodes inductives, misant sur l'analyse de récits narratifs (Slade, 2010), en contraste à l'approche clinique au rétablissement basée sur des indicateurs quantitatifs. Dans le cadre d'une recension systématique de ces écrits, suivie d'une synthèse narrative, Leamy et al. (2011) ont recensé près de 100 articles. À partir de cette synthèse, les auteurs proposent cinq grandes catégories de processus (dont l'acronyme est CHIME) impliqués dans le rétablissement personnel :

- 1) *Connectedness* (connexion) : relations avec les autres, relations avec la communauté, etc.
- 2) *Hope and optimism about the future* (espoir et optimisme envers le futur), motivation à changer, rêves et aspirations, etc.
- 3) *Identity* (identité) : reconstruction de l'identité, dépassement de la stigmatisation, etc.

- 4) *Meaning in life* (sens à la vie) : spiritualité, buts et rôles significatifs, etc.
- 5) *Empowerment* (pouvoir d'agir) : prise de responsabilités, consolidation des forces personnelles, etc.

Bien que certaines études recensées par Leamy et al (2011) portaient sur des personnes en dépression, aucune à notre connaissance ne portait spécifiquement sur des personnes vivant avec un trouble anxieux ou bipolaire. Cependant, la conceptualisation CHIME a reçu un soutien empirique dans le cadre d'études qualitatives récentes auprès de personnes avec des diagnostics variés, comme l'anxiété, la dépression et la bipolarité (Bird et al., 2014; Brijnath, 2015; Petros, Solomon, Linz, DeCesaris, & Hanrahan, 2015).

Une autre conceptualisation reliée au modèle CHIME a aussi été développée par les mêmes auteurs (Leamy et al., 2011) pour décrire les stades du rétablissement. Les auteurs spécifient que les cinq processus du CHIME se déroulent à travers des stades, basés sur une synthèse de 15 études précédentes. Organisant ces études autour des stades du Modèle transthéorique de changement de Prochaska et DiClemente (1982), le rétablissement est conçu comme progressant des stades de pré-contemplation et de contemplation, à un stade de maintien et de croissance, en passant par des stades intermédiaires (préparation et action).

Ces différents stades rejoignent les étapes d'autres modèles du rétablissement. Par exemple, Andresen et al. (2003) proposent cinq stades allant du moratorium (par ex. déni, confusion de l'identité, retrait) à la croissance (par ex. connaissance de la façon de gérer son trouble, vie signifiante, résilience, ouverture à l'avenir). Le modèle de Spaniol et Wewiorski (2012) fait référence à un premier stade où la personne est submergée par l'incapacité jusqu'à un dernier stade où elle la transcende. Semant le doute sur la validité de tels modèles en stades, les travaux quantitatifs sur le modèle

de Andresen et al. (2003), menés auprès de personnes vivant avec des troubles divers (dont troubles anxieux et de l'humeur), ne convergent pas avec le nombre de stades attendu selon le modèle (Andresen, Caputi, & Oades, 2006; Weeks, Slade, & Hayward, 2011). Ces résultats suggèrent le caractère non linéaire ou spiralé du rétablissement (Slade, 2009; Weeks et al., 2011).

Comme autre critique pouvant être adressée au modèle CHIME de Leamy et al., (2011), les résultats de 48 participants d'une étude qualitative visant à évaluer empiriquement le modèle soulèvent la nécessité d'intégrer l'approche clinique du rétablissement à la conceptualisation (Bird et al., 2014). Par exemple, les participants ont insisté davantage que prévu sur des enjeux liés à la médication et au diagnostic, et sur une vision du rétablissement comme un retour à leur vie telle qu'elle était avant le trouble mental. Cela rejoint les propos de Davidson et Roe (2007) qui relèvent que les approches clinique et personnelle du rétablissement ne devraient pas être considérées comme mutuellement exclusives. Tel que le suggère leur expérience clinique, aider un client à gérer un symptôme de son trouble peut à la fois enrichir sa vie (approche personnelle), mais aussi diminuer ce symptôme (approche clinique). C'est aussi ce que révèle une étude qualitative montréalaise (Piat et al., 2009) auprès de 54 personnes vivant avec des troubles mentaux (incluant le trouble bipolaire) qui définissaient pour la plupart le rétablissement en se référant à la fois aux symptômes (approche clinique), mais aussi à la santé mentale positive (approche personnelle). Les modèles et explorations empiriques des relations entre les aspects cliniques et personnels du rétablissement sont toutefois rares (Davis, Townley, & Kloos, 2013; Leamy et al., 2011; Whitley & Drake, 2010).

1.3.3. Modèles intégrateurs

Au tournant des années 2010, deux équipes de chercheurs ont développé des modélisations compréhensives du rétablissement intégrant les approches clinique et personnelle (Provencher et Keyes, 2010, 2011, 2013; Whitley & Drake, 2010). Une première modélisation, produite par Whitley et Drake (2010), émane d'une recension des définitions et des approches du rétablissement. Ces auteurs conceptualisent le rétablissement en cinq dimensions et proposent des résultats mesurables (entre parenthèses) pour chacun :

- 1) Clinique (par ex. adhésion au traitement, symptômes)
- 2) Existentielle (par ex. espoir, bien-être émotionnel et spirituel, pouvoir d'agir)
- 3) Fonctionnelle (par ex. obtention et maintien d'un emploi ou d'un logis)
- 4) Physique (par ex. niveau d'exercice, apport calorique)
- 5) Sociale (par ex. soutien social, activité sociale)

Comme son nom l'indique, la première dimension de ce modèle s'inscrit tout à fait dans une approche clinique, alors que les autres rappellent des aspects de l'approche personnelle au rétablissement. Notons les dimensions existentielle, fonctionnelle et sociale dans lesquelles on pourrait placer la plupart des dimensions du modèle CHIME de Leamy et al. (2011). Le modèle de Whitley et Drake (2010) a été appuyé empiriquement par les résultats d'une étude américaine utilisant la méthodologie *Photovoice* dans laquelle 16 personnes vivant avec des troubles mentaux (incluant dépression et trouble bipolaire) ont pris des photographies illustrant leur vision du rétablissement et en ont discuté (Cabassa, Nicasio & Whitley, 2013). Si Whitley et Drake (2010) proposent plusieurs résultats mesurables, à notre connaissance, aucun instrument de mesure empirique compréhensif n'a été proposé ou développé pour les mesurer, rendant difficile de couvrir et d'évaluer l'ensemble de ces dimensions diverses dans une même recherche ou dans la pratique.

Une deuxième conceptualisation recoupant à la fois les approches personnelle et clinique est le Modèle du rétablissement complet de Provencher et Keyes (2010, 2011, 2013) (*Complete Mental Health Recovery Model*). Ce modèle propose de comprendre le rétablissement comme étant l'atteinte d'une santé mentale complète. La santé mentale complète varie sur deux axes, soit la maladie mentale (ou trouble mental⁴) et la santé mentale positive. Selon le modèle, le rétablissement sur un premier axe renvoie à un processus de restauration, notamment indiqué par la réduction de la sévérité des symptômes du trouble mental. Le rétablissement sur un deuxième axe renvoie à l'optimisation de la santé mentale positive. Si Provencher et Keyes (2013) insistent davantage sur le fait que le premier axe s'inscrit dans une vision pathogénique (axée sur le trouble) et le deuxième dans une vision salutogénique (axée sur la santé), ils évoquent aussi que ces axes rejoignent respectivement la définition clinique et la définition personnelle du rétablissement (Provencher & Keyes, 2013).

Prenons quelques lignes pour définir la santé mentale positive, concept qui n'a pas été approfondi jusqu'à maintenant dans cette thèse. Comme le soulignent Provencher et Keyes (2013), la santé mentale positive est une notion mise de l'avant par Jahoda en 1958, mais qui est restée peu définie et peu utilisée jusqu'à récemment. Dans l'esprit de la psychologie positive, Keyes proposait en 2002 une opérationnalisation de la santé mentale positive, s'appuyant sur ses propres travaux théoriques et empiriques (Keyes, 1998) ainsi que ceux de prédécesseurs comme Ryff (1989) et Diener, Suh, Lucas et Smith (1999). De tels travaux s'appuient eux-mêmes sur des théories classiques sur le bien-être psychologique et social en psychologie et en sociologie (par ex. Durkheim, 1951; Rogers, 1961; voir recensions de Keyes, 1998, et de Ryff, 1989). La conceptualisation de la santé mentale positive, selon Keyes, inclut 13

⁴ L'expression « trouble mental » est privilégiée à « maladie mentale » dans la présente thèse, en accord avec la terminologie du DSM-IV-TR et du DSM-5 (American Psychiatric Association, 2000, 2013a).

dimensions (définitions inspirées de celles présentées dans Provencher & Keyes, 2010, et dans Keyes, Fredrickson, & Park, 2012) :

1. affect positif : être de bonne humeur, intéressé, etc.;
2. qualité de vie déclarée : satisfaction à l'égard de sa vie ou de ses domaines;
3. acceptation de soi : attitude positive envers soi et acceptation des divers aspects de soi;
4. croissance personnelle : reconnaissance de son potentiel, sentiment de développement, ouverture aux expériences nouvelles et défis;
5. sens à la vie : buts et croyances qui donnent une direction et un sens à sa vie;
6. maîtrise de l'environnement : capacité à gérer, choisir et moduler son environnement à ses besoins;
7. autonomie : autodétermination, résistance aux pressions sociales désagréables;
8. relations positives avec les autres : relations chaleureuses, satisfaisantes et empreintes de confiance, empathie et intimité;
9. acceptation sociale : attitude positive envers les autres, acceptation des différences et de la complexité d'autrui;
10. actualisation sociale : croyance que les groupes sociaux et la société ont le potentiel d'évoluer positivement;
11. contribution sociale : sentiment qu'on est utile à la société et que ses activités ont de la valeur pour les autres;
12. cohérence sociale : intérêt envers sa société et la vie sociale, croyance que sa société et sa culture sont intelligibles et signifiantes;
13. Intégration sociale : sentiment d'appartenance à une communauté et d'en retirer du soutien.

Fait à noter, cette conceptualisation est l'une des plus complètes à ce jour (Hone et al., 2014), incluant à la fois le bien-être hédonique (dimensions émotionnelles : 1 et 2), ainsi que le bien-être eudaimonique (dimensions psychologiques et sociales : 3 à 13),

tous cruciaux dans le bien-être humain (Keyes & Annas, 2009; Provencher & Keyes, 2010; Ryan & Deci, 2001). Ces dimensions de la santé mentale positive convergent avec celles du rétablissement selon une approche personnelle (Provencher & Keyes, 2011; Slade, 2010).

Revenons au Modèle du rétablissement complet de Provencher et Keyes (2010, 2011, 2013). Ces auteurs proposent que l'intersection entre la santé mentale positive et les symptômes de trouble mental forme six états différents de rétablissement (voir la figure 1.1).

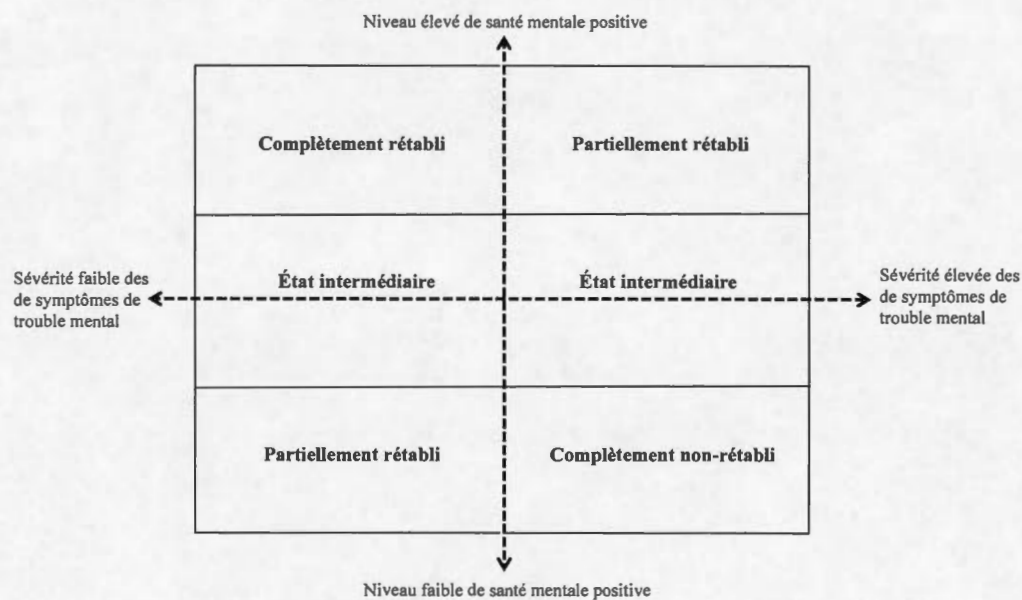


Figure 1.1. États du Modèle du rétablissement complet
(figure adaptée de Provencher & Keyes, 2010).

Tel que la figure le montre, les personnes complètement non rétablies présentent une sévérité élevée des symptômes de trouble mental ainsi qu'un faible niveau de santé mentale positive. Cet état est appelé *floundering* (flétrissement) dans les travaux de

Keyes et son collègue Lopez (2002). Les personnes complètement rétablies, dites dans un état de *flourishing* (épanouissement) ont une sévérité faible (sous le seuil clinique) des symptômes et une santé mentale positive élevée. Les personnes partiellement rétablies présentent soit des symptômes sévères de trouble mental et une santé mentale positive élevée (état de *struggling*, c.-à-d. de lutte), soit l'inverse (état *languishing*, c.-à-d. languissant). Le modèle propose aussi deux autres états intermédiaires dans lesquels la personne vit un niveau modéré de santé mentale positive, accompagné soit de symptômes sévères ou faibles de trouble mental.

Ces différents états de rétablissement, notamment l'état de lutte, rejoignent les expériences qualitatives de personnes en rétablissement discutées plus haut (par ex. Deegan, 1998; voir Anthony, 1993) qui mentionnaient la possibilité d'avoir une vie enrichissante malgré la présence de symptômes de trouble mental. Provencher et Keyes (2010, 2011, 2013) proposent ainsi de mesurer le rétablissement en combinant les indicateurs de symptômes de trouble mental aux indicateurs de la santé mentale positive. Dans ce contexte, les indicateurs des symptômes de trouble mental renvoient par exemple aux scores obtenus à des mesures validées de la sévérité des symptômes (Provencher & Keyes, 2010, 2011, 2013) tels que ceux présentés précédemment (par ex. PHQ-9, GAD-7) dans l'approche du rétablissement clinique.

En ce qui concerne la santé mentale positive, le Mental Health Continuum a été développé (Keyes, 2002) pour mesurer spécifiquement les dimensions de ce construit. Ses formes longue (40 items; Keyes, 2002) et courte (14 items; Keyes et al., 2008; Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster, & Keyes, 2011) sont de plus en plus utilisées, notamment dans certaines enquêtes de Statistiques Canada (2012). Plusieurs études psychométriques ont été menées pour valider cet instrument de mesure (Keyes, 2005; Keyes et al., 2008; Westerhof & Keyes, 2010). Les études incluent de larges échantillons (respectivement 3,032, 1 662, et 1 340 participants) de la population

générale (non-clinique, mais incluant des personnes vivant avec des troubles anxieux et de l'humeur). Les résultats d'analyses factorielles suggèrent que la santé mentale positive mesurée avec le Mental Health Continuum ne représente pas le contraire des symptômes de trouble mental. Plutôt que de représenter les extrémités opposées d'un seul axe, les résultats suggèrent qu'ils constituent plutôt deux axes distincts, seulement modérément corrélés négativement (r entre $-.34$ et $-.53$, ce qui équivaut à des pourcentages de variance commune de 12 à 28 %). Chez des personnes vivant avec des troubles anxieux et de l'humeur, les résultats d'une étude récente conduite à Singapour ($N=218$) suggèrent l'existence d'une association négative, mais de taille modérée ($\beta=-.22$), entre symptômes et santé mentale positive (Seow et al., 2016).

Bien que ces travaux aient été menés dans d'autres contextes culturels, leurs résultats appuient la légitimité de considérer les deux axes (symptômes de trouble mental et santé mentale positive), tel que proposé dans le Modèle du rétablissement de Provencher et Keyes (2010, 2011, 2013). Le Modèle du rétablissement complet accorde une importance équivalente aux définitions clinique et personnelle du rétablissement, fournissant une perspective plus balancée que la plupart des autres modèles présentés précédemment. De plus, le fait que ce modèle soit appuyé par des données recueillies auprès de grands échantillons, ainsi que par une synthèse des travaux fondateurs sur le fonctionnement humain optimal, le rend particulièrement attrayant. En effet, les conceptualisations scientifiques du rétablissement ont généralement été critiquées comme manquant d'assises théoriques et empiriques solides (Bellack, 2006; Chang, Ailey, Heller, & Chen, 2013). Aussi, le fait que le modèle soit associé à une mesure compréhensive comme le Mental Health Continuum est un atout en comparaison à la conceptualisation de Whitley et Drake (2010) qui offre une liste morcelée d'indicateurs mesurables.

Pour toutes ces raisons, le Modèle du rétablissement complet (Provencher & Keyes, 2010, 2011, 2013) est privilégié comme cadre théorique principal du rétablissement pour la thèse. Les autres modèles et conceptualisations présentés alimenteront tout de même les interprétations des résultats ainsi que les réflexions issues de la thèse. Au cœur du modèle de Provencher et Keyes (2010, 2011, 2013) réside l'idée qu'une personne vivant avec des symptômes de trouble mental peut tout de même aspirer à un niveau considérable de santé mentale positive. Cette idée est particulièrement pertinente dans le contexte des troubles anxieux et de l'humeur, où les personnes font souvent face à des symptômes résiduels persistants. Néanmoins, l'existence d'un tel profil n'a jamais été empiriquement explicitement examinée auprès d'échantillons cliniques de personnes vivant avec des troubles anxieux et de l'humeur.

La pertinence du Modèle du rétablissement complet (Provencher & Keyes, 2010, 2011, 2013) est aussi en accord avec la visée actuelle de construire une psychologie positive plus équilibrée (Kashdan & Biswas-Diener, 2014), dite 2.0 (Wong, 2011) ou de deuxième vague (Ivtzan et al., 2015). Dans ce contexte, le modèle offre un cadre conceptuel intéressant, s'inspirant des travaux en psychologie positive menés par Keyes (2002, 2005) auprès de la population générale (majoritairement « saine ») pour mieux comprendre le vécu des personnes vivant avec un trouble mental. L'intégration des deux approches du rétablissement permettra de considérer l'interrelation entre les deux, sur laquelle les connaissances sont déficitaires (Davis et al., 2013; Leamy et al., 2011; Whitley & Drake, 2010). Comme une majeure partie des écrits sur le rétablissement ont porté sur des troubles mentaux graves comme la schizophrénie (Brijnath, 2015), l'étude innovera aussi en se concentrant sur les troubles anxieux et de l'humeur, qui sont les plus courants dans la communauté en première ligne.

Si le Modèle du rétablissement complet (Provencher & Keyes, 2010, 2011, 2013) fournit des indicateurs pour mesurer le rétablissement, ses auteurs soulignent aussi

que la personne a un rôle actif à jouer et peut mettre en place des stratégies dans son processus de rétablissement. Ainsi, la notion d'autogestion est considérée dans la présente thèse comme faisant partie intégrante du rétablissement.

1.4. Autogestion en santé mentale

Basé sur des travaux empiriques et théoriques, Slade (2009) propose que l'autogestion est l'une des tâches principales que les personnes vivant avec un trouble mental sont amenées à accomplir pour se rétablir. Les prochaines sous-sections définissent l'autogestion et dressent le portrait des travaux qui y ont été consacrés.

1.4.1. Littérature générale sur l'autogestion

De façon générale, l'autogestion renvoie à l'agentivité, la responsabilité, le pouvoir d'agir et la motivation de la personne à aller mieux (Barlow, Ellard, Hainsworth, Jones, & Fisher, 2005; Deegan, 1997; Slade, 2009). Cependant, il n'existe pas de définition spécifique de l'autogestion qui fasse figure d'autorité (Barlow, Wright, Sheasby, Turner, & Hainsworth, 2002). Ainsi, selon Mulligan et Newman (2007), l'autogestion représente ce que les personnes font pour composer avec leur maladie (Mulligan & Newman, 2007). Pour Kralik, Koch, Price et Howard (2004), l'autogestion renvoie aux activités que les personnes avec une maladie entreprennent pour créer de l'ordre, de la discipline et du contrôle dans leur vie. De façon similaire, Slade (2009, p. 30) décrit l'essence de l'autogestion comme étant « about retaining control, even in situations where control is most likely to be taken away ».

Malgré la diversité de définitions, dans leur recension des écrits, Omisakin et Ncama (2011) rapportent un certain consensus des chercheurs qui reconnaissent que l'autogestion renvoie à la fois à des activités de soins liées à une maladie, tout comme

à des activités de promotion de la santé. Ces auteurs, citant Wilkinson et Whitehead (2009), décrivent l'autogestion comme l'habileté de l'individu à gérer : ses symptômes et traitements, le changement de ses habitudes de vie, ainsi que les conséquences de la maladie à des niveaux multiples (par ex. psychosocial, spirituel, culturel). Ainsi, comme l'explique Barlow (2010), « efficacious self-management encompasses ability to monitor one's condition and to affect the cognitive, behavioural and emotional responses necessary to maintain a satisfactory quality of life ». Sur la base des conceptualisations de plusieurs auteurs (Barlow et al., 2002; Omisakin & Ncama, 2011; Villaggi et al., 2015), dans le cadre de cette thèse, l'autogestion est définie comme les stratégies mises en place dans le quotidien par les personnes pour réduire leurs symptômes, prévenir les rechutes et optimiser leur bien-être.

L'autogestion rappelle des notions similaires telles que le *self-care* et le *self-help* (Barlow, 2010; Houle et al., 2013). La distinction entre autogestion et *self-care* n'est pas entièrement établie (Omisakin & Ncama, 2011), si bien que ces termes semblent être utilisés de façon interchangeable de nos jours (Barlow, 2010). Cependant, par le passé, le terme *self-care* servait à évoquer les stratégies préventives mises de l'avant par des personnes sans trouble de santé, alors que le terme autogestion était utilisé pour évoquer les stratégies mises en place par les personnes pour composer avec des difficultés de santé (Clark et al., 1991; voir Barlow, 2010). Comme la présente thèse s'inscrit dans cette deuxième approche, le terme d'autogestion est préféré. En contraste avec l'autogestion qui porte sur les actions posées par les gens, le *self-help* réfère à des interventions structurées autoadministrées, que les guides de pratiques cliniques recommandent en tant que traitements psychologiques (Cuijpers, Donker, van Straten, & Anderson, 2010; Lucock et al., 2011). Cela diffère clairement de l'autogestion qui ne représente pas un traitement psychothérapeutique, mais plutôt une approche complémentaire (Houle et al., 2013).

La notion d'autogestion tire son origine du champ des maladies chroniques et de la réadaptation médicale (Sterling, von Esenwein, Tucker, Fricks & Druss, 2010). Sterling et al. (2010) attribuent une des premières occurrences du terme à Thomas Creer en 1976 dans un livre sur la réadaptation des enfants vivant avec une maladie chronique, alors qu'ils souhaitent encourager les jeunes à jouer un rôle actif dans leur traitement, dans l'esprit des travaux de Bandura sur l'auto-efficacité. Les bénéfices de l'autogestion et de nombreux programmes développés pour la soutenir dans le contexte des maladies physiques sont clairement démontrés (voir les recensions de Barlow et al., 2002, et de Lorig & Holman, 2003).

Les travaux sur l'autogestion des maladies chroniques permettent de voir le rapport entre l'autogestion et plusieurs autres notions de psychologie. Dans une recension des écrits publiée dans le *Lancet*, Newman, Steed et Mulligan (2004) identifient trois théories psychologiques liées à l'autogestion. De la Théorie sociale cognitive (Bandura, 1986), a été retenue notamment l'idée que les comportements d'autogestion dépendent de la confiance de la personne en ses habiletés à exécuter ces comportements. Le Modèle du stress-*coping* (Folkman, 1984; Lazarus, 1992) met l'accent sur les stratégies mises de l'avant par la personne pour composer spécifiquement avec le stress lié à la maladie. Le Modèle transthéorique de changement des comportements de santé de Prochaska et Velicer (1997) rappelle que l'autogestion dépend du niveau de motivation de la personne à modifier ses comportements. Bien que Newman et al. (2004) n'identifient pas cette théorie dans leur article, l'autorégulation est aussi une notion dont les travaux théoriques sont liés à la notion de l'autogestion. Selon Maes et Karoly (2005), l'autorégulation est un processus dans lequel la personne est orientée vers l'atteinte de ses buts personnels. Ainsi guidées par leurs buts, les personnes sont amenées à utiliser des stratégies d'autogestion pour moduler leur état face aux pressions internes ou externes (Karoly, 1999).

Comme le recense Davidson (2005), un des programmes d'intervention et de recherche les plus connus en matière d'autogestion est celui de Kate Lorig et de ses collègues (par ex. Lorig, Mazonson, & Holman, 1993) dans les années 1970 qui a subséquemment mené au développement et à l'évaluation de programmes d'autogestion pour de multiples maladies physiques chroniques, comme le diabète, l'asthme et la sclérose en plaques, aux États-Unis comme ailleurs (par ex. Royaume-Uni). En comparaison à ces nombreuses recherches en contexte de maladie physique, l'autogestion en santé mentale a fait l'objet de recherches et interventions moins nombreuses (voir Cook et al., 2009; Davidson, 2005; Lorig, Ritter, Pifer, & Werner, 2014). Par exemple, en 2002, dans leur recension sur l'autogestion en contexte de conditions chroniques, moins de 5 % des articles identifiés par Barlow et al. portaient sur une condition psychologique.

Néanmoins, les guides de pratiques cliniques pour les personnes vivant avec un trouble anxieux ou de l'humeur recommandent maintenant les interventions de soutien à l'autogestion (National Institute for Health and Care Excellence, 2014; Patten et al., 2009; Swinson et al., 2006). Le soutien à l'autogestion s'inscrit en complément, et non en remplacement aux traitements psychologiques et pharmacologiques traditionnels. Ainsi, le protocole de soins en étape pour la dépression adressés aux intervenants de première ligne au Québec (Fournier et al., 2012) propose le soutien à l'autogestion à plusieurs étapes. Dans une première étape suivant l'évaluation, le soutien à l'autogestion est vu comme une intervention psychosociale de faible intensité pour les personnes avec des symptômes sous le seuil clinique ou de légers à modérés. Dans le cas où les symptômes persistent malgré des interventions de faible intensité ou en présence de symptômes modérés à sévères, le soutien à l'autogestion est offert en accompagnement aux traitements traditionnels. Le soutien à l'autogestion est aussi pertinent dans une perspective de prévention des rechutes (Houle et al., 2013).

Dans les dernières décennies, les travaux empiriques sur les interventions de soutien à l'autogestion en santé mentale ont pris de l'ampleur. Par exemple, en 1992, Eckman et ses collègues relataient leur expérience d'un programme d'entraînement à l'autogestion auprès des personnes vivant avec la schizophrénie. Des programmes ou des guides structurés comme le *Wellness Recovery Action Plan* (Cook et al., 2009; Copeland, 1997, 2002), le *Health and Recovery Peer Program* (Druss et al., 2010), le *Living Well* (Goldberg et al., 2013), le *Life Goals Program* (Bauer & McBride, 2003) et le Guide d'autosoins pour la dépression (Bilsker & Paterson, 2010) ont aussi été mis au point pour soutenir l'autogestion des personnes vivant avec des troubles mentaux. Les résultats des recherches sont prometteurs concernant l'efficacité de ces interventions pour les personnes vivant avec des troubles divers dont les troubles anxieux et de l'humeur (Lorig et al., 2014; Ritter, Ory, Laurent, & Lorig, 2014; Starnino et al., 2010; voir les recensions de Barlow et al., 2005, de Houle et al., 2013, et de Mueser et al., 2002).

Ainsi, la plupart des recherches sur l'autogestion en santé mentale adoptent un angle interventionnel. De ce fait, les connaissances restent limitées sur l'autogestion telle que les personnes l'expérimentent dans leur rétablissement au quotidien, à l'extérieur des programmes dédiés. Cela nuit à une compréhension claire du construit d'autogestion en santé mentale. La nature délibérée (sans intervention dédiée) des actions d'autogestion, pourtant inhérente au concept (Karoely, 1991), a été peu étudiée à ce jour, à l'exception de quelques travaux recensés dans la prochaine sous-section.

1.4.2. L'autogestion des troubles anxieux et de l'humeur en contexte naturel

Cinq études publiées récemment ont examiné la perspective des personnes avec des troubles anxieux et de l'humeur quant à l'autogestion en santé mentale, adoptant une approche principalement qualitative (Chambers et al., 2015; Murray et al., 2011; van Grieken, Kirkenier, Koeter, Nabitz, & Schene, 2015; van Grieken, Kirkenier, Koeter,

& Schene, 2014; Villaggi et al., 2015). De ces études, trois portent sur l'autogestion chez les personnes vivant avec une dépression (Chambers et al., 2015; van Grieken et al., 2014, 2015), une chez des personnes ayant un trouble bipolaire (Murray et al., 2011), alors que la dernière adopte une approche transdiagnostique aux troubles anxieux et de l'humeur (Villaggi et al., 2015).

L'étude de Chambers et al. (2015) documente comment 21 personnes vivant avec la dépression à long terme (depuis au moins deux ans, ou ayant vécu trois récurrences ou plus) pratiquent l'autogestion, à partir d'entrevues semi-structurées analysées selon une approche phénoménologique. Les résultats montrent que chacun des participants utilise une combinaison personnalisée de stratégies d'autogestion qui dépend de leurs besoins, intérêts et ressources, et qui peut changer au fil du temps et des circonstances. La dimension de choix et de contrôle sur les stratégies mises en place était à l'avant-plan dans les propos des participants qui évoquaient l'importance de pouvoir sélectionner des activités qui ont une signification positive pour eux, de même qu'un traitement qui répond à leur désir. Les stratégies d'autogestion mises en place soulignent une vision holistique de l'autogestion chez les participants, puisqu'elles concernaient de multiples facettes de leur être, par exemple leur corps (par ex. exercice physique, sieste), leur créativité (par ex. écrire), et leurs relations avec les autres (par ex. socialiser). C'est souvent à travers un processus d'essais et d'erreurs que les participants ont identifié les stratégies qui fonctionnaient pour eux.

Les deux études menées par van Grieken et al. (2014, 2015) utilisent un devis de recherche similaire. La première étude réalisée (mais publiée plus récemment; van Grieken et al., 2015) porte sur les stratégies utiles pour se rétablir d'une dépression telles qu'identifiées par 20 personnes récemment rétablies au plan symptomatologique. La deuxième étude (van Grieken et al., 2014) porte sur les stratégies utiles pour composer avec des symptômes persistants de dépression, telles

qu'identifiées par 25 personnes avec des symptômes d'un épisode dépressif majeur et ayant suivi des traitements avec une réponse insatisfaisante. Ces études utilisent la méthode de la cartographie conceptuelle par laquelle les participants sont amenés à participer à une séance de remue-ménages pour générer une liste de stratégies utiles, puis à travailler à les regrouper et à se prononcer sur leur utilité respective. Dans les deux études, 50 stratégies utiles ont émergé. De la comparaison des deux études, les auteurs concluent qu'il existe peu de différences entre les stratégies trouvées utiles par les patients pour se rétablir des symptômes et celles utiles pour composer avec des symptômes persistants (van Grieken et al., 2014). Si la façon de regrouper les stratégies varie d'une étude à l'autre, la deuxième étude réalisée (van Grieken et al., 2014) fournit une classification plus synthétique en trois grandes catégories. Certaines stratégies portaient spécifiquement sur la dépression (par ex. prendre au sérieux les signaux de ma dépression, trouver un traitement qui me convienne), d'autres sur la participation sociale (par ex. expliquer ma dépression à ma famille/mes amis, commencer à faire du travail ou du bénévolat) et d'autres sur un style de vie actif (par ex. prendre une douche chaque matin, faire des activités sportives).

L'étude de Murray et al. (2011) porte sur les stratégies d'autogestion mises en place par 33 personnes avec un trouble bipolaire de type I ou II identifiées comme vivant bien avec leur condition, c.-à-d. n'étant pas en épisode actif du trouble ou présentant un bon fonctionnement malgré qu'elles étaient dans un épisode. Le contenu d'entrevues qualitatives individuelles ou en groupe a fait l'objet d'une analyse thématique, de laquelle ont émergé six grandes catégories de stratégies d'autogestion : 1) sommeil, repos, diète et exercice; 2) monitoring continu de son humeur et de ses activités; 3) pratiques réflexives et méditatives (par ex. Tai-Chi, yoga, exploration de sa spiritualité); 4) comprendre le trouble bipolaire (par ex. lecture, groupe de soutien, groupe de psychoéducation) et éduquer ses proches (par ex.

aux signes de rechute) ; 5) connecter avec les autres (par ex. socialiser avec des amis, chercher du soutien, faire du bénévolat); 6) mettre en place un plan en cas d'augmentation des symptômes.

L'étude de Villaggi et al. (2015) misait sur la méthode de l'incident critique (Flanagan, 1954) amenant les 50 participants en rétablissement d'un trouble anxieux, dépressif ou bipolaire à se remémorer et à décrire des situations réelles dans lesquelles ils ont posé des actions qui ont été favorables à leur rétablissement. L'analyse a fait émerger des propos 85 stratégies distinctes. Lors de l'analyse thématique, il a été constaté que ces stratégies recoupaient de façon claire les cinq dimensions du modèle du rétablissement de Whitley et Drake (2010). Ainsi, les personnes ont rapporté utiliser des stratégies qui favorisaient la réduction des symptômes (dimension clinique, par ex. confronter ses peurs), suscitaient l'espoir et le bien-être spirituel (dimension existentielle, par ex. se trouver un projet, un but ou un rêve), promouvaient la reprise des rôles significatifs (dimension fonctionnelle, par ex. jouer un rôle dans la société), favorisaient la santé physique (dimension physique, par ex. bien manger) et consolidaient leurs relations avec les autres et la société (dimension sociale, par ex. prendre soin des autres). Les résultats suggèrent que la très grande majorité des stratégies utilisées ne variaient pas en fonction du diagnostic principal des participants, appuyant la pertinence d'une approche transdiagnostique à l'autogestion et au rétablissement. Les caractéristiques individuelles de la personne ou de son contexte de vie semblaient être plus déterminantes, puisque les participants ont mentionné avoir trouvé leur propre recette de stratégies appropriées en fonction de leur situation.

Pour résumer, ces études suggèrent que les stratégies d'autogestion mises en places par les personnes qui vivent avec un trouble anxieux ou de l'humeur sont liées à la fois au rétablissement défini selon l'approche clinique (symptômes du trouble mental)

et personnelle (santé mentale positive). Par exemple, les stratégies d'autogestion incluent le fait de s'engager dans un traitement et d'utiliser dans son quotidien des techniques apprises en thérapie afin de diminuer ses symptômes, mais aussi d'explorer sa spiritualité et de travailler à poursuivre des buts personnels. La portée de ces résultats est cependant limitée par leur nature qualitative et les petits échantillons avec lesquels ils ont été obtenus ($N \leq 50$). Seulement l'échantillon de l'étude de Villaggi et al. (2015) incluait des participants vivant avec des troubles anxieux.

Maintenant que ces travaux qualitatifs ont défriché les stratégies d'autogestion en santé mentale, une approche quantitative serait appropriée pour pouvoir étudier l'autogestion auprès de plus grands échantillons. Cependant, nous n'avons identifié aucun instrument de mesure quantitatif complet et validé permettant de mesurer l'autogestion.

1.4.3. Absence de mesure spécifique de l'autogestion en santé mentale

La seule mesure d'autogestion en santé mentale que nous avons identifiée se réclamant de mesurer explicitement l'autogestion est la *Illness Management and Recovery Scale* (Salyers, Godfrey, Mueser & Labriola, 2007). Il en existe une version cotée par un clinicien et une version autorapportée par la personne vivant avec un trouble mental, format qui nous semblerait plus adéquat étant donné le caractère très personnel de l'autogestion. À notre connaissance, la version autorapportée n'a pas fait l'objet d'études de validation auprès d'échantillons de personnes vivant avec des troubles anxieux ou de l'humeur, les échantillons étant composés en grande majorité de personnes vivant avec la schizophrénie (Hasson-Ohayon, Roe, & Kravetz, 2008; Salyers et al., 2007). De plus, comme son nom l'indique, l'échelle ne porte pas entièrement sur l'autogestion. L'échelle combine des items représentant des stratégies

d'autogestion et d'autres relevant du rétablissement clinique (par ex. détresse et incapacité à fonctionner) et personnel (par ex. progrès dans ses buts personnels). Deux sous-échelles de cette mesure (*knowledge and goals* et *medication*; Hasson-Ohayon et al., 2008) semblent concerner davantage l'autogestion, quoique quelques items sur le rétablissement en font aussi partie. Cependant, la consistance interne de ces sous-échelles liées à l'autogestion laisse à désirer (alpha de Cronbach < .60). De plus, elles négligent les stratégies d'autogestion de nature plus existentielle comme celles identifiées dans l'étude qualitative de Villaggi et al. (2015).

D'autres travaux ont mené au développement ou à l'utilisation d'échelles sur des notions connexes à l'autogestion. Ainsi, des chercheurs ont mis au point une échelle d'activation pour les personnes atteintes de troubles mentaux (Green et al., 2010), et d'autres ont mesuré l'auto-efficacité à prendre soin de sa santé mentale (Ludman et al., 2003; McCusker et al., 2015). Ces instruments ne semblent pas mesurer exactement l'essence de l'autogestion en tant que stratégies pour gérer son trouble et optimiser son bien-être, mais plutôt des facteurs qui facilitent l'autogestion, comme les habiletés, les connaissances et la confiance nécessaires pour prendre soin de sa santé mentale (par ex. *I know what each of my prescribed mental health medications does*, Green et al., 2010; *I feel able to meet the challenges of learning and practicing new skills to control my mood*, McCusker et al., 2015; *How confident are you in your ability to recognize early when you are starting to get depressed*, Ludman et al., 2003). De plus, la plupart de ces mesures sont très brèves et n'ont pas fait l'objet d'une validation complète publiée (Ludman et al., 2003; McCusker et al., 2015).

Une exception est la mesure validée de *coping*, le Brief COPE (Carver, 1997), qui a été utilisée par Brown et al. (2001) comme indicateur de la façon dont les personnes composent avec leurs symptômes dépressifs. Le Brief COPE comprend des items apparentés à des stratégies d'autogestion identifiés dans l'étude de Villaggi et al.

(2015), comme chercher du soutien de proches et utiliser l'humour. Cependant, de par son origine dans la recherche sur le *coping* face au stress, cet instrument ne recouvre pas entièrement l'autogestion dans le contexte d'un trouble mental. Certes, composer avec un trouble mental pourrait s'apparenter à s'adapter (*cope with*) à un stressor (Brown et al., 2001; Hussain & Cochrane, 2003). Cependant, l'autogestion inclut davantage que les stratégies d'adaptation (de *coping*) face au stress. Par exemple, l'autogestion comprend aussi des stratégies spécifiquement liées à la gestion du trouble mental (par ex. faire partie d'un groupe de soutien ou de psychoéducation, prendre de la médication) (Murray et al., 2011; Villaggi et al., 2015). De telles stratégies d'autogestion ne font pas partie du questionnaire Brief COPE.

L'absence de mesure d'autogestion spécifique nuit possiblement à la mesure de l'efficacité des interventions qui visent à soutenir l'autogestion. Cela pourrait expliquer pourquoi dans les deux recensions des écrits disponibles sur les interventions de soutien à l'autogestion, les auteurs n'ont identifié que quelques études qui ont mesuré leurs effets sur l'autogestion (Barlow et al., 2005; Houle et al., 2013). Ainsi, dans leur recension des interventions de soutien à l'autogestion de la dépression, Houle et al. (2013) ne mentionnent que trois études ayant abordé cette question, la plupart ciblant la gestion du trouble (par ex. adhésion à la médication, faire le suivi des symptômes). Dans la recension de Barlow et al. (2005) sur les interventions de soutien à l'autogestion pour des troubles anxieux, les résultats des études concernaient surtout la réduction des symptômes, avec aucune mention des stratégies d'autogestion. Si les résultats des études recensées par les deux groupes d'auteurs semblent positifs en termes de rétablissement clinique, il reste néanmoins à mieux comprendre l'effet des programmes sur le principal facteur qu'ils ciblent, soit l'autogestion. C'est une des utilités envisagées d'une mesure compréhensive et validée de l'autogestion spécifique à la santé mentale.

Au-delà de l'utilité pour les études interventionnelles, au plan plus fondamental, l'absence de mesure spécifique et compréhensive de l'autogestion nuit à l'avancement des connaissances systématiques sur ce construit. Comme la seule échelle recensée (*Illness Management and Recovery Scale*, Salyers et al., 2007) combine des items d'autogestion et de rétablissement, il est impossible d'en faire la distinction et d'étudier empiriquement la relation entre les deux construits.

1.5. Relations entre autogestion et rétablissement

Si l'autogestion et le rétablissement semblent intimement liés selon des intervenants et des chercheurs (Slade, 2009; Villaggi et al., 2015), cela n'a jamais été examiné de façon quantitative en contexte non interventionnel. Comme nous le verrons, une approche quantitative serait utile pour fournir des réponses à plusieurs questions empiriques non résolues sur la relation entre ces deux construits.

1.5.1. Des questions sans réponses

Se pourrait-il qu'au plan psychométrique, le construit d'autogestion renvoie (en tout ou en partie) à l'inverse ou à l'absence de certaines manifestations des troubles anxieux et de l'humeur, ou encore qu'il renvoie simplement à des manifestations d'une santé mentale positive élevée? De façon paradoxale, dans leur étude, van Grieken et al. (2014) soulignent que certaines stratégies perçues utiles par les personnes pour composer avec leurs symptômes dépressifs persistants (par ex. engagement au travail et dans la vie sociale) semblent représenter l'inverse ou l'absence de manifestations comportementales de désengagement qui sont caractéristiques de la dépression. C'est donc dire que la mesure quantitative de l'autogestion chez une personne à un temps déterminé pourrait présenter une certaine

redondance au plan psychométrique avec la mesure de ses symptômes dépressifs (plus précisément, avec le score inversé de cette mesure).

Certaines stratégies d'autogestion qui ressortent de l'étude de Villaggi et al. (2015) sont particulièrement susceptibles d'être retrouvées chez des personnes qui vivent une santé mentale positive élevée, par exemple, apprécier les aspects positifs de la vie, accepter ses points faibles. Ces stratégies d'autogestion semblent recouper conceptuellement certaines dimensions de la santé mentale positive, telle que défini par Keyes (2002, 2005), par exemple l'acceptation de soi et la croissance personnelle. Cependant, le concept d'autogestion devrait néanmoins se distinguer par son accent sur l'engagement de la personne dans des actions concrètes au quotidien (Lorig & Holman, 2003; Slade, 2009), et non seulement sur des sentiments et des perceptions quant à sa vie et son fonctionnement, comme dans la santé mentale positive (Keyes, 2002, 2005). Toutefois, au plan empirique, la distinction entre l'autogestion et les indicateurs de rétablissement clinique et personnel reste une question à examiner.

Supposons que les construits d'autogestion et de rétablissement sont véritablement distincts, comment les stratégies d'autogestion sont-elles associées aux indicateurs de rétablissement? Toutes les catégories de stratégies sont-elles toutes reliées positivement au rétablissement clinique (symptômes moins sévères) et personnel (santé mentale positive plus élevée)? Les études qualitatives présentées précédemment laissent croire qu'une diversité de stratégies sont perçues utiles par les personnes dans leur rétablissement (Chambers et al., 2015; Murray et al., 2011; van Grieken et al., 2015; Villaggi et al., 2015). Cependant, comme le mentionnent van Grieken et al. (2014, p. 8), « whether what patients perceive as helpful, really works in practice is a question for future quantitative research ». Des recherches quantitatives permettraient d'explorer de façon plus systématique la relation entre les stratégies d'autogestion et le rétablissement. Si la nature même de l'autogestion

(Barlow, 2010; Slade, 2009) suppose que l'adoption de stratégies d'autogestion devrait être favorable, donc corrélée positivement au rétablissement clinique (faibles symptômes) et personnel (santé mentale positive élevée), aucune étude n'a été menée permettant de vérifier de façon quantitative cette proposition. Une telle étude serait utile pour bien cerner le rôle de l'autogestion dans le rétablissement.

La distinction et l'association entre l'autogestion et le rétablissement retiennent l'attention dans la thèse. La figure 1.2 à la page suivante propose une illustration de ces questions sous forme de modèle conceptuel. À ce stade, comme nous ne disposons pas de données quantitatives, mêmes préliminaires, sur ces questions, il apparaît prématuré de formuler des hypothèses. Dans ce contexte, une approche quantitative exploratoire semble pertinente. La prochaine sous-section portera sur l'apport d'une stratégie d'analyse exploratoire orientée vers la personne.

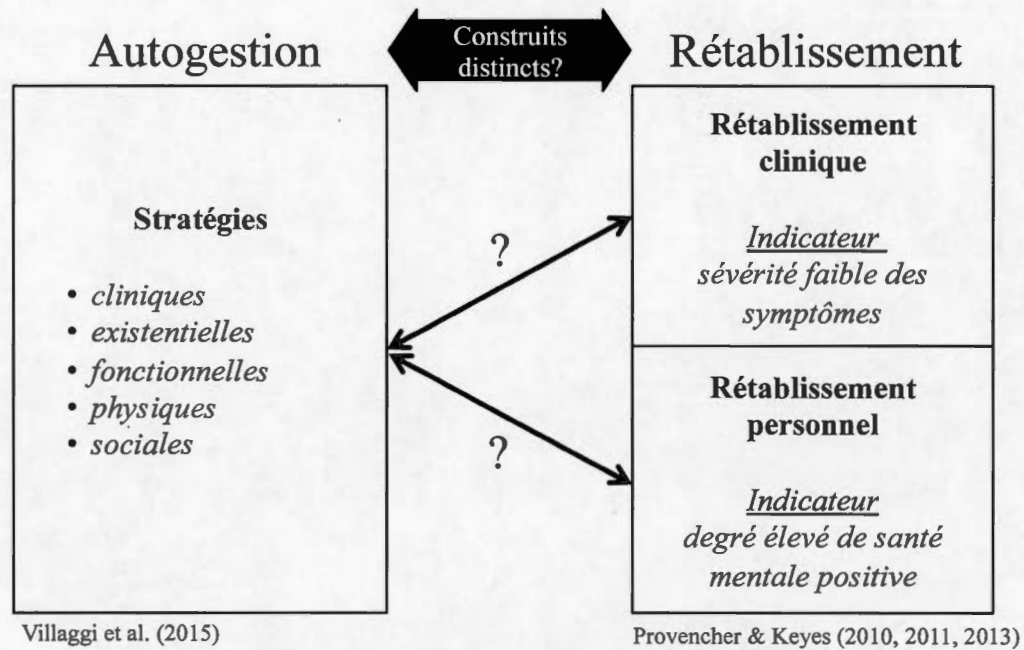


Figure 1.2 Modèle conceptuel de la thèse

1.5.2. L'avenue prometteuse de l'analyse orientée vers la personne

Les stratégies d'analyses quantitatives traditionnellement utilisées dans les recherches en psychologie sont orientées vers les variables (von Eye, Bogat, & Rhodes, 2006). Comme le soulignait Block en 1971, ce type d'analyses (par ex. corrélations, régressions) permet d'examiner comment des variables sont reliées entre elles au niveau du groupe de personnes à l'étude, mais elles ne permettent pas de comprendre comment une constellation de variables sont configurées ou reliées entre elles au niveau de la personne (Laursen & Hoff, 2006). En contraste, dans les stratégies d'analyse orientées vers la personne, l'individu est reconnu comme comportant un système de variables qui "can combine in various ways that have implications for how they are experienced and relate to other variables of interest" (Meyer, Stanley, & Vandenberg, 2013, p. 191). La façon dont un ensemble de variables sont reliées entre elles peut différer d'un sous-groupe de participants à l'autre, formant différents

profils d'interrelations qu'il est possible d'identifier à l'aide des analyses orientées vers la personne (par ex. analyse de grappes, analyse de profils latents) (Morin, Morizot, Boudrias, & Madore, 2011). Ces analyses ont une valeur complémentaire à celles centrées sur les variables (voir Meyer et al., 2013). S'il existe une association (par ex. Scandinavian Society for Person-Oriented Research; www.person-research.org) et un journal (par ex. Journal for Person-Oriented Research) spécifiquement dédiés aux recherches dans une approche d'analyses orientées vers la personne en psychologie, les chercheurs sont encore relativement peu nombreux à utiliser cette approche (Laursen, 2015).

Dans le domaine qui nous intéresse dans la présente thèse, au-delà d'examiner simplement les relations globales entre autogestion et rétablissement au niveau du groupe, les analyses orientées vers la personne seraient utiles pour rendre compte du caractère personnel de ces notions, qui sont toutes les deux inscrites dans l'approche des soins centrés sur la personne (Davidson, 2005; Storm & Edwards, 2013). Comme la similitude dans le nom l'indique, les analyses orientées vers la personne permettent une vision holistique particulièrement compatible avec l'approche des soins centrés sur la personne (Cloninger, 2013). Les études qualitatives présentées précédemment (Chambers et al., 2015; Villaggi et al., 2015) suggèrent que les individus utilisent une combinaison de stratégies d'autogestion, en fonction de leurs besoins. Quelles sont les principales combinaisons de stratégies utilisées par les personnes? Existe-t-il certaines combinaisons de stratégies qui soient plus prévalentes? Les personnes présentant des combinaisons différentes de stratégies ont-elles des scores différents sur les indicateurs de rétablissement?

Sans utiliser explicitement le terme « stratégies d'autogestion », les travaux de Provencher et Keyes (2010, 2011, 2013) portent à croire que les personnes implantent des stratégies différentes en rapport avec leur situation sur les indicateurs de

rétablissement. Par exemple, suivant les écrits de ces auteurs, étant déconnectées d'elles-mêmes et des autres, les personnes ayant des symptômes sévères et une santé mentale positive faible sont peu susceptibles de miser sur des stratégies d'exploration de leurs forces et sur des stratégies de nature sociale. Les personnes ayant des symptômes sévères et une santé mentale positive élevée utiliseraient des stratégies axées sur la réalisation d'activités et de rôles qui leur procurent une distraction de leurs symptômes ainsi qu'un sentiment d'accomplissement et de satisfaction et de plaisir. Les personnes en état d'épanouissement (symptômes faibles et santé mentale positive élevée) travailleraient à prévenir les risques de rechute, s'engageraient dans des activités qui représentent des voies pour s'actualiser, et pour bonifier leur bien-être. À notre connaissance, de telles propositions n'ont jamais fait l'objet d'explorations empiriques.

Des analyses centrées sur la personne permettraient d'explorer pour une première fois les principaux profils de rétablissement de personnes avec des troubles anxieux et de l'humeur, incluant les stratégies d'autogestion utilisées en combinaison dans chaque profil. Cela permettrait éventuellement de confirmer ou d'infirmer certaines propositions des travaux de Provencher et Keyes (2010, 2011, 2013), mais aussi de lui faire prendre de l'expansion en intégrant de façon plus explicite la notion d'autogestion.

En plus de l'exploration des profils de rétablissement, les analyses centrées sur la personne pourraient permettre de prédire l'appartenance des personnes à ces profils en fonction de caractéristiques individuelles d'intérêt. Cela semble particulièrement utile dans le contexte de la thèse puisque la perspective des soins centrés sur la personne et les notions de rétablissement et d'autogestion mettent véritablement l'accent sur l'importance de considérer le portrait global et personnel de l'individu

(Davidson, 2005; Lauver et al., 2002; Storm & Edwards, 2013). La section suivante porte sur quelques variables d'intérêt susceptibles d'être associées aux profils.

1.6. Variables individuelles susceptibles d'être associées aux profils de rétablissement

Quelques variables sociodémographiques et cliniques retiennent l'attention en raison de données de travaux antérieurs qui, quoique parcellaires, suggèrent leurs associations avec des mesures connexes au rétablissement ou à l'autogestion.

Les recherches et les politiques axées sur le rétablissement et les soins centrés sur la personne soulignent l'importance de prendre en considération des variables socio-économiques en tant que déterminants sociaux de la santé et du bien-être (Cloninger et al., 2014; Commonwealth of Australia, 2013; Jayadevappa & Chhatre, 2011; Weisser, Morrow, & Jamer, 2011). Le rétablissement reste pourtant surtout étudié comme un processus individuel. Ainsi, comme le soulignent Weisser et al. (2011), la recherche sur le sujet "falls short on an analysis of the role of gender and other social and structural inequities in mental health problems" (p. 6). Parmi les caractéristiques sociodémographiques qui pourraient être liées à des profils de rétablissement, notons le genre, le revenu, le niveau d'éducation et le statut matrimonial.

En raison notamment de l'adhésion à des normes de masculinité traditionnelles, qui dépeignent l'homme comme courageux, indépendant et invulnérable, les hommes seraient moins susceptibles de recourir à l'aide extérieure que les femmes (Möller-Leimkühler, 2002). Ils seraient aussi moins susceptibles d'adopter des stratégies d'autogestion misant sur un style de vie sain (Houle, Meunier et al., 2015; Von Bothmer & Fridlund, 2005). Si les hommes sont généralement moins à risque de vivre des symptômes de troubles anxieux ou de l'humeur (Faravelli, Scarpato,

Castellini, & Sauro, 2013; voir les recensions de Piccinelli & Wilkinson, 2000, et de Bekker & van Mens-Verhulst, 2007), ils seraient plus susceptibles que les femmes de présenter un profil de rétablissement caractérisé par une faible santé mentale positive (Graham & Chattopadhyay, 2013).

Les personnes de faible statut socio-économique, en termes de revenus et de niveau d'éducation (Adler & Ostrove, 1999), sont possiblement à risque de présenter un profil de rétablissement moins favorable. Un large champ de recherche montre qu'un faible niveau socio-économique est lié négativement à la santé (voir recension de Adler & Ostrove, 1999). Un niveau d'éducation moindre a été associé à une santé mentale positive moins élevée (Keyes, 2007). Un faible niveau socio-économique a été associé à des habitudes qui nuisent à la santé (par ex. inactivité physique) et plusieurs mécanismes explicatifs ont été avancés (Pampel, Krueger, & Denney, 2010). Parmi ceux-ci, notons le stress posé par une position sociale désavantageuse, l'accès coûteux aux infrastructures nécessaires (par ex. équipement sportif), ainsi que la difficulté à résoudre des problèmes et à traiter de l'information liés à la santé (Pampel et al., 2010). Dans le domaine du *coping*, Taylor et Seeman (1999) soulignent que les personnes ayant un niveau socio-économique plus faible auraient à leur disposition moins de ressources psychosociales (par ex. soutien social et sentiment de contrôle) qui permettent de faire face de façon positive aux stressors de la vie et de vivre du bien-être (Taylor & Seeman, 1999). En ce qui concerne plus spécifiquement les personnes vivant avec des difficultés de santé, avoir des ressources économiques moindres a été identifié comme posant un défi à l'accessibilité à des services de santé mentale adéquats (Sareen et al., 2007). Les barrières économiques nuisent à la mise en place de stratégies d'autogestion (Henderson, Wilson, Roberts, Munt, & Crotty, 2014). Avoir un revenu plus faible a été associé à un moins grand engagement envers sa santé (Greene & Hibbard, 2012). Dans le contexte de maladies chroniques comme le diabète et le VIH, un niveau faible d'éducation s'est révélé associé à un degré

moindre d'autogestion, et ceci a été identifié comme une explication aux inégalités de santé observées selon le statut socio-économique (Goldman & Smith, 2002).

En ce qui concerne le statut matrimonial, être marié(e) ou avoir un(e) conjoint(e) a été relié à une meilleure adhésion aux traitements prescrits et aux recommandations pour prendre soin de sa santé (Kugler, Maeding, & Russell, 2011; Trivedi, Ayotte, Edelman, & Bosworth, 2008), possiblement en raison du soutien offert par l'autre membre du couple (Trivedi et al., 2008). Plus largement, tout un champ d'études suggère une association du statut matrimonial avec la santé et avec les comportements qui la promeuvent (voir Robards, Evandrou, Falkingham, & Vlachantoni, 2012). Comme le soulignent des recensions des écrits (Robards et al., 2012; Robles, Slatcher, Trombello, & McGinn, 2014), il existe plusieurs explications sous-jacentes à cette association, comme la plus faible accessibilité des personnes seules à des ressources économiques, psychologiques et sociales favorables. Dans une étude longitudinale récente auprès de personnes vivant avec une dépression, les personnes seules au premier temps de mesure avaient moins de chance d'être rétablies au plan symptomatologique lors d'un autre temps de mesure 11 ans plus tard (Markkula et al., 2016).

En ce qui concerne les variables cliniques qui pourraient être liées à des profils de rétablissement, notons la nature du trouble mental et les traitements reçus. Concernant le diagnostic, l'étude de Villaggi et al. (2015) soulevait qu'en général les stratégies d'autogestion relevées par les personnes étaient les mêmes, peu importe leur diagnostic principal (trouble anxieux, dépressif ou bipolaire). Il existe cependant deux exceptions à ce constat général. D'abord, la stratégie impliquant la création d'une routine était davantage mentionnée par les personnes vivant avec un trouble bipolaire que par celles vivant avec un trouble anxieux. Puis, la gestion quotidienne des symptômes, incluant l'utilisation de techniques cognitives comportementales (par

ex. exposition à ses peurs) dans la vie courante, a été mentionnée davantage en situation de trouble anxieux que de trouble dépressif. Ces résultats sont en accord avec l'importance de la routine pour la prévention de la récurrence du trouble bipolaire (Frank, Gonzalez, & Fagiolini, 2006) ainsi que les techniques recommandées pour traiter l'anxiété (par ex. exposition aux peurs; Butler, Fennell, & Hackmann, 2008). Une étude quantitative (Vermeulen-Smit, Ten Have, Van Laar, & de Graaf, 2015) suggère aussi qu'avoir un trouble dépressif ou anxieux (mais pas un trouble bipolaire) est associée à une probabilité moindre d'adopter un mode de vie sain (non-fumeur, consommation modérée d'alcool, actif physiquement, alimentation saine), ce qui peut être considéré comme une stratégie d'autogestion (Villaggi et al., 2015). Ces possibles différences entre les diagnostics pourraient teinter les profils de rétablissement présentés par les personnes.

Les traitements reçus pourraient aussi être reliés aux profils de rétablissement. Par exemple, des données suggèrent que les personnes avec un trouble dépressif qui présentent des symptômes sévères sont plus susceptibles d'utiliser les services en santé mentale en comparaison à ceux qui ont des symptômes légers (Hämäläinen, Isometsä, Sihvo, Pirkola, & Kiviruusu, 2008). De façon similaire, les utilisateurs à long terme d'un antidépresseur sont susceptibles de présenter des symptômes plus sévères (Sihvo et al., 2008). Dans cette optique, l'obtention actuelle de traitements pourrait être associée (du moins de façon transversale) à un profil de rétablissement plus négatif en termes de sévérité des symptômes. En contraste, les personnes qui présenteraient un profil de rétablissement caractérisé par des symptômes de plus faible sévérité pourraient avoir moins tendance à consulter en psychothérapie ou à suivre une pharmacothérapie. En effet, dans une partie importante des cas, la psychothérapie vise la réduction des symptômes (Holtforth, Wyss, Schulte, Trachsel, & Michalak, 2009). La pharmacothérapie devrait être plus systématiquement recommandée en présence de symptômes plus sévères (Fournier et al., 2012).

Les paragraphes ci-dessus suggèrent que plusieurs variables sociodémographiques et cliniques pourraient être associées aux profils de rétablissement des troubles anxieux ou de l'humeur. Cependant, comme à ce jour la nature exacte de ces profils n'a jamais été explorée empiriquement de façon inductive, elle reste méconnue. Il serait donc inopportun pour l'instant d'émettre des hypothèses précises sur l'association des profils avec les autres variables. Ce choix suit la logique proposée par d'autres chercheurs explorant des profils avec des analyses orientées vers la personne (Morin, Morizot et al., 2011).

1.7. Bilan des écrits et objectifs de la thèse

1.7.1. Résumé critique des connaissances

Pour résumer, les troubles anxieux et de l'humeur représentent les troubles mentaux les plus fréquents dans plusieurs pays. Ils sont associés à fardeau très élevé de la maladie. S'ils représentent plusieurs entités diagnostiques différentes, nous optons dans la présente thèse pour une approche transdiagnostique en accord avec les recherches montrant une grande comorbidité entre ces troubles ainsi que des aspects communs à leur étiologie et à leur traitement, et aussi en cohérence avec les pratiques et recherches en soins de santé de première ligne et en santé publique où ces troubles sont souvent considérés ensemble.

Il existe des traitements psychologiques et pharmacologiques efficaces pour ces troubles. Cependant, une grande proportion des personnes vivent avec des symptômes résiduels parfois incapacitants et devront faire face à la récurrence du trouble au cours de la vie. Dans cette situation marquée par la persistance et la récurrence de symptômes, que font les personnes pour se rétablir? Dans cette situation d'adversité,

que font-elles pour gérer leurs symptômes, prévenir la récurrence, mais aussi optimiser leur bien-être au quotidien?

Définir le rétablissement de façon clinique, uniquement en termes d'absence de symptômes, ne semble pas correspondre à la réalité des personnes vivant avec un trouble mental. Celles-ci revendiquent une définition personnelle du rétablissement, vu comme l'expérience de bien-être malgré et au-delà des symptômes. Néanmoins, une telle approche personnelle, le plus souvent utilisée pour les troubles sévères comme la schizophrénie, n'a que rarement été appliquée dans les recherches en contexte de troubles mentaux courants comme les troubles anxieux et de l'humeur. Comment rallier l'approche personnelle à l'approche clinique du rétablissement la plus souvent utilisée pour ces troubles? Le Modèle du rétablissement complet (Provencher & Keyes, 2010, 2011, 2013) offre une alternative pertinente, basée sur des recherches empiriques auprès de larges échantillons et des bases théoriques plus solides que les autres modèles du rétablissement que nous avons examinés. Selon ce modèle inspiré des travaux en psychologie positive, le rétablissement peut être mesuré à l'aide de deux indicateurs, soit la sévérité des symptômes et la santé mentale positive, recoupant respectivement les approches clinique et personnelle du rétablissement. À notre connaissance, ces deux indicateurs n'ont jamais été examinés conjointement dans une recherche empirique auprès d'un échantillon clinique de personnes vivant avec des troubles anxieux et de l'humeur, à l'exception d'une étude (Seow et al., 2016) dans un contexte culturel différent du nôtre (Singapour) et n'incluant pas les personnes avec un trouble bipolaire. L'intersection entre les indicateurs, au cœur du modèle de Provencher et Keyes (2010, 2011, 2013), ne semble pas avoir été examinée dans cette étude. La possibilité de vivre un niveau considérable de santé mentale positive malgré la présence de symptômes apparaît particulièrement importante à explorer, considérant que les symptômes résiduels sont fréquents dans les troubles anxieux et de l'humeur.

Au-delà des indicateurs du niveau de rétablissement en termes de symptômes et de santé mentale positive, le rétablissement est un processus qui implique des actions de la part des personnes pour aller mieux, soit l'autogestion. Provenant du champ des maladies chroniques, le soutien à l'autogestion est maintenant recommandé dans les guides de bonnes pratiques comme une approche complémentaire pour favoriser le rétablissement des troubles anxieux et de l'humeur. Cependant, on commence seulement à connaître ce que les personnes mettent en place dans leur quotidien comme stratégies d'autogestion. Ainsi, seulement quelques études, toutes de nature qualitative, ont été menées en contexte non interventionnel, dévoilant un large éventail de stratégies que les personnes mettent en place. Ces études suggèrent que l'autogestion est un construit holistique intégrant à la fois des stratégies visant la réduction des symptômes et d'autres visant la promotion de la santé mentale positive, en accord avec les indicateurs du rétablissement. À noter, seulement une de ces études qualitatives intégrait des personnes vivant avec un trouble anxieux. Des données quantitatives auprès d'un plus large échantillon de personnes sont nécessaires pour saisir de façon plus systématique le construit d'autogestion en santé mentale, et pour examiner ses relations avec le rétablissement clinique et personnel au-delà des perceptions qualitatives.

L'essence même de la notion d'autogestion semble impliquer qu'on devrait s'attendre à observer des indicateurs plus favorables de rétablissement chez les personnes utilisant plus fréquemment les différentes stratégies. La ressemblance de certaines stratégies d'autogestion avec certaines manifestations de bien-être ou avec l'inverse de certains symptômes soulève même la question de la distinction entre l'autogestion et les indicateurs du rétablissement. Aucune étude n'a examiné empiriquement ces sujets. Pour ce faire, des mesures distinctes d'autogestion et de rétablissement doivent être disponibles. Il n'existe à notre connaissance aucune mesure (ni en français, ni en anglais) de l'autogestion qui soit adaptée spécifiquement à l'autogestion en contexte

de trouble mental, couvrant de façon compréhensive les stratégies évoquées dans les études qualitatives sur le sujet. Certaines mesures existantes ne sont que partielles, portant sur des construits distincts mais apparentés à l'autogestion, notamment le *coping* et les habiletés et connaissances sous-jacentes à l'autogestion.

La mise au point d'un questionnaire d'autogestion en santé mentale permettrait pour une première fois d'examiner la structure factorielle de l'autogestion, de même que la relation entre l'autogestion et les indicateurs de rétablissement (symptômes et santé mentale positive) chez un groupe de personnes vivant avec des troubles anxieux et de l'humeur. Plus cohérente avec une approche de soins centrée sur la personne, une stratégie d'analyse orientée vers la personne (par ex. analyse de profils latents) permettrait d'identifier les profils individuels de rétablissement les plus fréquents en ce qui concerne la façon dont les stratégies d'autogestion sont reliées entre elles et avec les indicateurs du rétablissement. La façon dont ces indicateurs se combineront dans les différents profils pourrait appuyer (ou non) le Modèle du rétablissement proposé par Provencher et Keyes (2010, 2011, 2013). De plus, l'identification des stratégies d'autogestion utilisées par les personnes dans les différents profils pourrait permettre de mieux comprendre dans quelles situations les personnes mettent en place quelles stratégies d'autogestion, et comment elles les combinent.

Enfin, dans une perspective des soins centrés sur la personne, la façon dont certaines caractéristiques sociodémographiques et variables cliniques sont liées aux profils de rétablissement reste une question ouverte. Les variables sociodémographiques sont particulièrement pertinentes à considérer puisque, bien que les déterminants sociaux de la santé et du bien-être sont reconnus comme importants (notamment en psychologie communautaire), peu de données existent sur leur lien avec le rétablissement et l'autogestion en santé mentale.

1.7.2. But et objectifs de la thèse

Dans ce contexte, la thèse a pour but d'explorer l'autogestion des troubles anxieux et de l'humeur ainsi que son association avec des indicateurs de rétablissement clinique et personnel.

Le premier volet de la thèse (article 1) vise à mettre au point et à effectuer une première validation d'un questionnaire d'autogestion compréhensif et spécifique aux troubles anxieux et de l'humeur. Les objectifs de ce volet sont de/d' : 1a) développer une première version du questionnaire à partir des stratégies d'autogestion révélées dans l'étude de Villaggi et al. (2015), avant de l'administrer à un échantillon de participants rapportant avoir reçu un diagnostic d'un trouble anxieux ou de l'humeur; 1b) examiner la structure factorielle du questionnaire pour identifier les principales catégories d'autogestion; 1c) établir la fiabilité en termes de consistance interne et de stabilité test-retest; 1d) examiner la validité de construit du questionnaire en examinant sa corrélation avec des variables critères; 1e) vérifier la distinction empirique entre la mesure d'autogestion et des indicateurs de rétablissement clinique et personnel.

Le deuxième volet de la thèse (article 2) vise à explorer les profils de rétablissement présentés par les personnes ayant participé à l'étude du premier volet. Les objectifs de ce deuxième volet sont de/d' : 2a) identifier et décrire les principaux profils individuels sous-jacents à l'utilisation des stratégies d'autogestion et aux indicateurs de rétablissement clinique (sévérité des symptômes) et personnel (santé mentale positive); 2b) comparer les profils en explorant comment les participants appartenant à chaque profil diffèrent aux plans des stratégies d'autogestion spécifiques qu'ils utilisent et des caractéristiques sociodémographiques et variables cliniques; 2c) appuyer la validité de construit des profils en vérifiant leurs associations avec des variables critères.

CHAPITRE II

MÉTHODE

Cette thèse s'inscrit dans un programme de recherche plus large dirigé par Janie Houle. L'auteur de la thèse a participé à toutes les étapes de la conception et réalisation de ce programme de recherche, à titre de co-chercheur pour une demande de subvention déposée aux Instituts de recherche en santé du Canada en 2013. L'équipe de recherche (voir Annexe A) était composée de cinq autres co-chercheurs de plusieurs disciplines (psychologie, médecine, sciences infirmières) et plusieurs universités (UQAM, Université Laval, Université de Sherbrooke). Un comité d'experts a aussi été consulté à plusieurs reprises, incluant des personnes en rétablissement de troubles anxieux et de l'humeur, des professionnels et intervenants en santé mentale, des décideurs d'organisations offrant des services en santé mentale, ainsi que des experts en transfert des connaissances dans le domaine. L'avis des co-chercheurs et des membres du comité d'experts a été recueilli à plusieurs reprises durant le déroulement du projet, afin de valider les décisions prises quant à la méthode, faciliter l'interprétation des résultats, et favoriser l'application des connaissances issues de la recherche dans la pratique.

L'étude qualitative de Villaggi et al. (2015) constituait la première étape du programme de recherche, visant à faire émerger les stratégies d'autogestion mises en place par les personnes en rétablissement. L'auteur de la thèse a agi comme responsable de la conceptualisation et de la réalisation des étapes subséquentes : 1) le développement du Questionnaire d'autogestion en santé mentale (QASM); et 2) l'étude empirique transversale pour évaluer les qualités psychométriques de ce

questionnaire et pour explorer les profils de rétablissement. Pour chacune de ces étapes qui sous-tendent la présente thèse, un survol de la méthode sera effectué dans les pages qui suivent. Comme les articles de la thèse (Chapitres III et IV) approfondissent certains éléments de la méthode, ceux-ci ne seront pas tous abordés en détail ici, par souci d'éviter la redondance.

2.1. Développement du Questionnaire d'autogestion en santé mentale (QASM)

Comme le montre la figure 3.1 (dans l'article du premier volet de la thèse), le développement du questionnaire a suivi un processus en plusieurs étapes, basé sur les meilleures pratiques dans le domaine (DeVellis, 1991; Springer, Abell, & Hudson, 2002; Springer, Abell & Nugent, 2002).

2.1.1. Organisation de résultats de l'étude qualitative de Villaggi et al. (2015)

Rappelons que l'étude de Villaggi et al. (2015) a permis d'identifier 85 stratégies distinctes mises en place pour aller mieux par 50 personnes en rétablissement de troubles anxieux et de l'humeur. Les données ont été recueillies jusqu'à saturation, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'aucune nouvelle stratégie n'émerge lors de l'analyse d'une nouvelle entrevue (Firmin, 2008). Cela suggère que les résultats couvrent de façon relativement exhaustive les principales stratégies d'autogestion.

La première étape de développement du questionnaire était de clairement définir le construit d'autogestion (Springer, Abell & Hudson, 2002). Au moment où le questionnaire a été développé, les résultats de l'étude de Villaggi et al. (2015) n'avaient pas encore été publiés et la structure thématique sous-jacente aux stratégies mentionnées n'avait pas encore été finalisée. Il apparaissait toutefois clair qu'il s'agissait d'un construit multidimensionnel, puisque les stratégies étaient de nature

très diverse. Voyant le parallèle entre, d'un côté, la liste de stratégies obtenue avec saturation lors de cette étude et, d'un autre côté, le modèle du rétablissement de Whitley et Drake (2010), l'équipe a choisi de réorganiser ces stratégies selon les cinq dimensions de ce modèle : clinique, existentielle, fonctionnelle, physique, et sociale. Les stratégies énoncées par les participants ont été classées en fonction de la dimension ciblée du rétablissement. Un consensus a rapidement été atteint quant à la classification de chaque stratégie.

À ce stade, neuf stratégies ont été éliminées de la classification parce qu'elles étaient liées très distinctivement à un trouble spécifique (par ex. *en phase de manie, se procurer seulement des biens qu'il est possible de se faire rembourser*) ou encore qu'elles concernaient un moment ponctuel dans le processus de rétablissement (par ex. *chercher un diagnostic approprié*). Nous avons aussi scindé quelques stratégies qui incluaient plusieurs composantes.

2.1.2. Génération des items

Pour chacune des stratégies, un item en français a été rédigé. Comme les stratégies renvoient à des actions concrètes mises en place dans le quotidien, pour orienter la formulation des items, nous nous sommes inspirés d'instruments mesurant des comportements de santé effectués dans le quotidien (par ex. Walker, Sechrist, & Pender, 1995). Les items ont donc été formulés sous la forme d'une affirmation comportant un verbe, nécessitant une réponse qui quantifie l'ampleur de l'utilisation de la stratégie par le participant, sur une échelle en quatre points allant de 0 (*pas du tout*) à 3 (*beaucoup*).

Trois membres du comité d'experts (personne en rétablissement, professionnel et décideur du domaine de la santé mentale) ont commenté les items, ce qui a permis

leur amélioration. Suite à ce processus, la liste de 86 items incluait 21 items pour la dimension clinique, 25 pour la dimension existentielle, 12 pour la dimension fonctionnelle, 14 pour la dimension physique, et 14 pour la dimension sociale (items inclus dans l'Annexe B). Le degré de lisibilité des items a été vérifié grâce à l'outil Scolarius (Influence Communication, Québec, Canada) disponible sur Internet (www.scolarius.com). Les résultats de cette vérification ont montré que la majorité des items étaient lisibles pour les personnes ayant un niveau d'éducation primaire (82.6 % des items). Seul un item exigeait un niveau plus élevé que le secondaire (soit le niveau collégial). Bref, le degré de lisibilité apparaissait acceptable.

2.1.3. Réduction et reformulation des items

À l'aide d'un sondage en ligne (voir Annexe B) sur une plateforme Internet sécurisée, les membres de l'équipe de recherche et du comité d'experts ont été invités à prendre connaissance des items et à fournir une rétroaction. La rétroaction consistait à donner un avis qualitatif sur les instructions du questionnaire, l'échelle de réponse et les énoncés. Pour chaque énoncé, les experts étaient aussi invités à fournir un avis chiffré quant à 1) la pertinence et 2) la clarté, sur une échelle allant de 1 (*faible*) à 4 (*très bonne*). Au total, 14 experts ont répondu à ce sondage de rétroaction sur le questionnaire. À partir des réponses de ces experts sur la pertinence, un indice de validité de contenu (IVC; *content validity index*, Lynn, 1986) a été calculé pour chaque item. L'indice correspondait à la proportion d'experts qui a donné le score 3 ou 4 (DeVon et al., 2007). Dépendamment du nombre d'experts, un seuil est déterminé à partir duquel l'item est jugé valide en termes de contenu, en considérant un niveau de significativité de 0,05 (DeVon et al., 2007). Le seuil de 0,78 a été établi pour les groupes d'experts de trois membres et plus (Polit, Tatano Beck, & Owen, 2007), comme c'est notre cas. Présentant un IVC sous ce seuil, 22 items ont été éliminés.

Pour les items restants, en ce qui concerne la clarté, un indice similaire a aussi été calculé, représentant la proportion d'experts ayant donné un score de 3 ou 4. Les items pour lesquels les indices étaient sous le seuil de 0,78 ont été reformulés afin de les rendre plus clairs. Un nombre de 23 items ont été ainsi améliorés en prenant en considération les suggestions qualitatives données par les experts. La reformulation a été validée par plusieurs membres de l'équipe de recherche.

L'avis des experts a aussi mené à modifier l'échelle de mesure, passant d'une échelle en trois points à une échelle en cinq points, dans la visée d'augmenter la fiabilité et la validité (Banaji & Heiphetz, 2010; Springer, Abell, & Hudson, 2002), tout en permettant facilement aux participants de répondre. L'échelle de réponse ainsi modifiée mesurait la fréquence d'utilisation des stratégies : 0 (*jamais utilisé*), 1 (*très rarement*), 2 (*parfois*), 3 (*souvent*), et 4 (*très souvent utilisé*).

À l'issue de ce processus, nous disposions d'une version du QASM, dont les items étaient jugés valides au plan du contenu et formulés clairement. Cette version prête à être testée auprès d'un échantillon de participants comportait un total de 64 items (Q132-Q195 de l'Annexe C) répartis ainsi dans les dimensions : 15 items pour la dimension clinique, 18 pour la dimension existentielle, 9 pour la dimension fonctionnelle, 10 pour la dimension physique, et 12 pour la dimension sociale. Cette répartition respectait à quelques pourcents près la répartition initiale des stratégies de Villaggi et al. (2015) dans les différentes catégories.

2.2. Étude empirique pour évaluer les qualités psychométriques du questionnaire et pour explorer les profils de rétablissement

La prochaine section de la méthode concerne l'étude empirique qui a été menée afin : 1) de mettre à l'essai et de valider le QASM (premier volet de la thèse); et 2) de

mettre à profit les données recueillies avec ce questionnaire et des indicateurs de rétablissement pour explorer les profils de rétablissement (deuxième volet de la thèse). L'étude utilise un devis observationnel de nature principalement transversal. L'ensemble des mesures ont été administrées à une seule reprise, à l'exception du QASM qui a été administré à deux reprises pour examiner sa fiabilité test-retest. Deux semaines après la première administration, les participants ont été invités à remplir ce questionnaire une seconde fois. L'administration des questionnaires s'est faite par le biais d'une plateforme Web sécurisée dont les données sont sauvegardées sur un serveur canadien (LimeSurvey), ce qui répond aux exigences éthiques en matière de confidentialité (voir par ex. directives de l'Office of Research Ethics and Integrity de l'Université d'Ottawa, 2015, et de Mount Saint Vincent University, 2013). L'étude a été approuvée par le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Montréal (voir Annexe D).

2.2.1. Recrutement

Pour recruter les participants, 13 organisations oeuvrant dans le champ de la santé mentale au Québec et en France ont été invitées à transmettre notre invitation (voir Annexe E) aux membres de leur liste d'envoi de courriels de même qu'à l'afficher sur leur site Internet et leurs réseaux sociaux. Comme un échantillon homogène était visé autant que possible, le recrutement a d'abord été entamé auprès d'organismes au Québec, puis face au défi posé par le recrutement, il a été choisi de l'étendre à quelques organismes de France pour augmenter la taille d'échantillon. L'équipe a aussi publié l'invitation sur des réseaux sociaux francophones. Une version courte de l'invitation a aussi été publiée dans un journal gratuit montréalais. L'invitation complète expliquait brièvement le but du projet de recherche et les critères d'admissibilité, et comportait le lien vers le questionnaire en ligne ainsi qu'un numéro pour contacter l'équipe de recherche au besoin. Au départ, quatre organismes

québécois ont démarré le recrutement : Revivre (Association québécoise de soutien aux personnes souffrant de troubles anxieux, dépressifs ou bipolaires), l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, l'Association canadienne pour la santé mentale (Filiale de Montréal) et le Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie. En cours de recrutement, pour augmenter la taille d'échantillon, les autres organisations, dont certaines en France, ont été invitées à transmettre l'invitation. Aucune des organisations n'a été informée de l'identité des personnes ayant accepté de participer.

2.2.1.1. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion et d'exclusion ont été vérifiés par le biais de questions posées en introduction du questionnaire en ligne (Q1-Q28 de l'Annexe C). Le site Web de sondage permettait de vérifier sur-le-champ l'admissibilité de façon automatisée. Le logiciel dirigeait les personnes admissibles vers la suite du questionnaire. Les personnes non admissibles étaient dirigées vers une page de remerciements, expliquant que nous recherchions un profil très spécifique de personnes.

Pour pouvoir participer à l'étude, la personne devait rapporter :

- être âgé(e) de 18 ans ou plus;
- avoir une bonne compréhension du français écrit;
- avoir reçu un diagnostic de trouble anxieux, dépressif ou bipolaire par un médecin ou un psychiatre il y a un an ou plus;
- être (ou avoir été) suivi(e) par un professionnel de la santé pour l'un de ces troubles.

La nécessité de rapporter un diagnostic par un médecin ou psychiatre a été établie afin de ne pas baser l'admissibilité sur un diagnostic autoattribué, susceptible d'être

moins fiable qu'un diagnostic par un professionnel. Des résultats présentés par Sanchez-Villegas et al. (2008) ainsi que par Cluss et al. (1999) suggèrent que le diagnostic d'un professionnel, autorapporté par la personne, converge généralement avec un diagnostic effectué par une entrevue clinique. Cela appuie la validité des diagnostics autorapportés collectés dans l'étude, bien qu'il aurait été plus approfondi de mener une entrevue clinique avec les participants, ce qui n'était pas possible vu la participation sur Internet. Notons que pour les troubles anxieux qui regroupent une plus grande diversité d'entités cliniques, le questionnaire de vérification de l'admissibilité spécifiait aux personnes que ces troubles incluent : trouble d'anxiété généralisée, trouble panique sans ou avec agoraphobie, phobie spécifique, phobie sociale, trouble obsessionnel compulsif, état de stress post-traumatique, etc. Le temps minimum requis depuis le diagnostic était d'un an afin que les personnes aient eu le temps de dépasser la phase plus intense d'adaptation suivant le diagnostic et d'implanter des stratégies d'autogestion dans leur quotidien. Avoir reçu ou recevoir un traitement servait comme indicateur d'un tableau de symptômes suffisamment sévères pour justifier la pertinence de l'autogestion.

En termes de critères d'exclusion, la personne était exclue si elle :

- avait participé aux entrevues de l'étude qualitative précédente (Villaggi et al., 2015);
- était enceinte ou avait accouché au cours de la dernière année;
- était susceptible de présenter des symptômes dépressifs ou anxieux sévères, ou de se trouver en manie.

Le premier critère d'exclusion visait à éviter la contamination associée à de multiples participations à nos études sur le même thème. Les femmes enceintes ou ayant accouché dans l'année ont été exclues en raison du fait que le processus de rétablissement dans le contexte post-partum a été montré différent des autres

contextes (Hendrick, Altshuler, Strouse, & Grosser, 2000). Le dernier critère visait à éviter que des personnes avec des symptômes sévères ne voient leur état s'aggraver de façon dangereuse en répondant aux questions les amenant à réfléchir sur leur situation. Dans le contexte de cette étude en ligne, dont le questionnaire pouvait être rempli à tout moment, il était impossible à l'équipe d'intervenir en cas d'une telle exacerbation des symptômes. De plus, en ce qui concerne l'exclusion des personnes en phase de manie, nous avons voulu éviter la possibilité que des symptômes maniaques interfèrent avec la réponse des participants au questionnaire. Comme le suggère Altman (1998), des symptômes de manie peuvent empêcher les personnes de répondre de façon fiable à des mesures autorapportées.

Le dernier critère d'exclusion a été vérifié à l'aide d'instruments validés de mesure de la sévérité des symptômes (voir section 2.2.3), suivant les seuils établis : pour la dépression, le Patient Health Questionnaire-9 ≥ 20 (PHQ-9; Kroenke & Spitzer, 2002); pour l'anxiété, le Generalized Anxiety Disorder-7 ≥ 15 (GAD-7; Spitzer et al., 2006) et, pour la manie, le Altman Self-Rating Mania Scale ≥ 6 (ASRMS, Altman et al., 1997). Malgré les doutes soulevés par certains chercheurs quant à la possibilité d'utiliser des mesures autorapportées pour mesurer la sévérité des symptômes de manie (voir Altman, 1998), l'ASRMS est l'un des seuls instruments de cette nature qui a été montré valide et fidèle (Johnson et al., 2008). Une page de ressources d'aide (voir Annexe G), dont certaines offrant du soutien en continu (le jour et la nuit; incluant une *ligne d'intervention en prévention du suicide*), était présentée aux personnes exclues. Cette même page était affichée à tous les participants à la fin du questionnaire.

2.2.2. Participants

L'échantillon comprenait 149 participants ayant rempli le QASM et les autres mesures (voir section 2.2.3).

L'échantillon ne sera pas présenté de façon détaillée ici puisque les deux articles de la thèse décrivent l'ensemble des caractéristiques cliniques et sociodémographiques pertinentes recueillies dans l'étude. Notamment, le tableau 3.1 (p. 107) présente les principales caractéristiques. À ce stade, nous nous contenterons de relever que 55,7 % des participants ont rapporté avoir reçu un diagnostic de trouble dépressif, 36,9 % un diagnostic d'un trouble anxieux et 36,2 % un diagnostic de trouble bipolaire. Selon les diagnostics autorapportés, une comorbidité entre plusieurs de ces troubles était présente chez 26,8 % de l'échantillon. La grande majorité des participants (85,2 %) avait pris une médication pour leur trouble au cours du mois précédent l'étude. Environ 2 personnes sur 5 (40,3 %) suivaient présentement une psychothérapie. La majorité des participants étaient des femmes (80,1 %) et avait un diplôme universitaire (60,4 %). La moyenne d'âge était de 41,5 ans ($ET=12,2$; de 18 à 71). Environ 9 participants sur 10 étaient nés au Canada ou y avaient immigré. Des analyses (tests-t pour groupes indépendants) suggèrent que les participants nés au Canada ou y ayant immigré ne différaient pas significativement des autres participants sur les variables centrales de l'étude (autogestion, rétablissement clinique et personnel).

Deux semaines après leur première passation du questionnaire, 93 des 149 participants ont accepté de remplir le QASM une deuxième fois pour évaluer la fiabilité test-retest. Les scores au QASM ne différaient pas significativement (selon des tests-t à groupes indépendants) entre les participants qui ont rempli le questionnaire deux fois et ceux qui ne l'ont rempli qu'une seule fois.

2.2.3. Mesures

Le questionnaire débutait par la présentation d'un formulaire de consentement (voir Annexe F) en ligne, expliquant en détail l'étude, la participation attendue, les avantages et inconvénients, ainsi que les coordonnées de l'équipe en cas de questions. Pour indiquer son consentement à participer, la personne était invitée à cocher une case électroniquement. Une copie courriel du formulaire de consentement était envoyée par la suite à la personne pour ses dossiers. Les instruments de mesure inclus dans le questionnaire de l'étude (voir l'Annexe C) sont présentés ci-dessous.

2.2.3.1 Questionnaire d'autogestion en santé mentale

Les 64 items en français du QASM (appellation dans les articles de thèse en anglais : le Mental Health Self-Management Questionnaire, MHSQ; Q132-Q195 de l'Annexe C) obtenus à l'issue de la consultation du comité d'experts (voir 2.1.3) étaient inclus dans l'étude au premier et deuxième temps de mesure. L'ordre des items variait aléatoirement d'une personne et d'une passation à l'autre, assurant que les items ciblant chacune des cinq dimensions (clinique, existentielle, fonctionnelle, physique, sociale) ne soient pas systématiquement présentés les uns à la suite des autres, ce qui aurait pu engendrer un biais de réponse. Pour chaque item, la personne était invitée à indiquer à quelle fréquence elle avait utilisé la stratégie pendant les deux derniers mois, sur l'échelle allant de 0 (*jamais utilisé*) à 4 (*très souvent utilisé*). Comme le but du premier article de la thèse était d'étudier les qualités psychométriques de ce questionnaire, elles seront abordées dans les résultats de l'article (Chapitre III).

2.2.3.2 Autres instruments de mesure

En plus du QASM, l'étude incluait plusieurs autres instruments : des mesures d'indicateurs du rétablissement et d'autres notions connexes. Ces mesures étaient nécessaires pour explorer la validité du QASM (premier volet de la thèse) et des profils de rétablissement (deuxième volet de la thèse). Ainsi, dans le premier volet de la thèse, plusieurs de ces mesures ont été utilisées comme critères auxquels comparer le QASM pour étudier sa validité de construit (Cronbach & Meel, 1955). La validité de construit renvoie au degré auquel l'instrument mesure le construit qu'il vise à mesurer (Cronbach & Meehl, 1955). La validité de construit d'un instrument peut être examinée en vérifiant si sa relation avec des mesures critères significatives suit le patron attendu selon les travaux empiriques et théoriques antérieurs (validité critériée, Trochim, 2001). Comme le recommandent Morin, Morizot et al. (2011), il était aussi essentiel de vérifier la validité de construit des profils explorés dans le deuxième volet de la thèse, en examinant leurs associations avec des mesures critères. Le tableau 2.1. présente une synthèse des mesures critères incluses dans l'étude et leur utilité respective dans les deux volets de la thèse.

Tableau 2.1. Principales mesures incluses dans l'étude et leur utilité pour chacun des volets de la thèse

Construits	Mesures	Volet 1 : Pour examiner la validité du questionnaire d'autogestion (QASM)		Volet 2 : Pour explorer les profils de rétablissement et leur validité	
		1	2	Validité convergente	Validité discriminante
Autogestion	Questionnaire d'autogestion en santé mentale (QASM)	✓	✓	-	✓
Indicateurs de rétablissement					
Symptômes dépressifs	Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)	✓	✓	✓	✓
Symptômes anxieux	Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7)	✓	✓	✓	✓
Symptômes maniaques	Altman Self-Rating Mania Scale (ASRMS)	✓	✓	✓	✓
Santé mentale positive	Mental Health Continuum - Short Form (MHC-SF)	✓	✓	✓	✓
Autres variables					
Habiletés générales d'autogestion	Therapeutic Self-Care Scale (TSCS)	✓	✓	✓	✓
Coping	Brief COPE	✓	✓	✓	✓
Bien-être émotionnel	Scale of Positive and Negative Experience (SPANE)	✓	✓	✓	✓
Bien-être psychologique	Flourishing Scale (FS)	✓	✓	✓	✓
Participation sociale	Échelle de participation sociale (SPS)	✓	✓	✓	✓
Évaluation des buts personnels	Personal Project System Rating Scale (PPSR)	✓	✓	✓	✓
Désirabilité sociale	Marlowe-Crowne Social Desirability Scale Short-Form (M-CSDS-SF)	✓	✓	✓	✓

Comme le montre le tableau, pour le premier volet de l'étude, certaines des mesures ont servi à étayer la validité *convergente* du QASM. La validité convergente renvoie à l'association entre l'instrument et d'autres mesures existantes du même construit (DeVon et al., 2007). Dans cette lignée, une association d'amplitude substantielle était attendue entre le QASM et des mesures des habiletés générales d'autogestion et de *coping* puisqu'il s'agit de compétences de base pour l'autogestion (Doran et al., 2002; Sandstrom & Keefe, 1998; Slade, 2009). En ce qui concerne la validité *concurrente*, elle renvoie à l'obtention d'une relation substantielle entre la mesure à l'étude et des mesures de construits qui devraient y être liés (DeVon et al., 2007). Par définition, l'autogestion représente des actions favorables au rétablissement. Le QASM devrait donc être corrélé avec les mesures de rétablissement clinique (corrélation négative avec la sévérité des symptômes) et de rétablissement personnel (corrélation positive avec la santé mentale positive). Pour étayer davantage la validité concurrente, les associations entre le QASM et des mesures d'aspects plus spécifiques de la santé mentale positive ont aussi été considérées, soit des mesures de bien-être émotionnel, de bien-être psychologique, et de participation sociale (comme un indicateur du bien-être social en termes d'intégration dans les activités de sa communauté). Enfin, la validité *discriminante* est appuyée par l'obtention d'une relation de faible amplitude avec des mesures de construits qui devraient être théoriquement non reliés (DeVon et al., 2007). Dans cette optique, nous avons voulu vérifier qu'une association faible soit observée entre le QASM et une échelle de désirabilité sociale (Mitchell & Jolley, 2013).

Dans le second volet de la thèse, le QASM et les indicateurs de rétablissement ont servi à établir des profils de rétablissement, alors que certaines des autres mesures ont permis d'étudier la validité de construit des profils. En raison des exigences (nombre alloué de mots) de la revue scientifique à laquelle l'article du deuxième volet de la thèse a été soumis, ce ne sont pas l'ensemble des variables critères possibles de

l'étude qui ont été considérées, mais une sélection, soit les habiletés générales d'autogestion, le *coping*, l'évaluation des buts personnels et la participation sociale. Comme la santé mentale positive était déjà considérée comme indicateur de rétablissement dans la formation des profils d'autogestion, les autres mesures d'aspects spécifiques de ce construit (par ex. bien-être émotionnel ou psychologique) apparaissaient redondantes à mettre en relation avec les profils. En contraste, les mesures retenues semblaient fondamentales à considérer. En effet, comme mentionné précédemment, les habiletés d'autogestion et le *coping* représentent des habiletés à la base même de l'autogestion (Doran et al., 2002; Sandstrom & Keefe, 1998; Slade, 2009). Quant aux buts personnels, ils ont été soulignés comme vecteurs possibles du processus de rétablissement, abordés de façon fréquente à travers les travaux sur le sujet (Andresen et al., 2003). La participation sociale est aussi vue comme un facteur de rétablissement important à travers lequel les personnes reprennent leurs activités habituelles dans la société (Mezzina et al., 2006; Noordsy et al., 2002; Onken, Craig, Ridgway, Ralph & Cook, 2007).

Les sous-sections suivantes décrivent plus en détail les instruments permettant de mesurer chacune des variables critères que nous venons d'évoquer.

2.2.3.2.1 Indicateurs de rétablissement

Le rétablissement en termes de symptomatologie (approche clinique) a été mesuré à l'aide de plusieurs mesures validées. D'abord, la version française (Arthurs, Steele, Hudson, Baron, & Thombs, 2012) du PHQ-9 (Kroenke et al., 2001) a été utilisée pour mesurer les symptômes de dépression (Q8-Q16 de l'Annexe C). Ce questionnaire de neuf items invite le participant à indiquer à quelle fréquence il a vécu les symptômes de dépression (par ex. *peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses; avoir peu d'appétit ou manger trop; penser qu'il faudrait mieux mourir ou envisager de vous*

faire du mal d'une manière ou d'une autre) durant les deux dernières semaines, sur une échelle de 0 (*pas du tout*) à 3 (*presque tous les jours*). Puis, la version française (Vasiliadis, Chudzinski, Gontijo-Guerra, & Prévile) du GAD-7 (Spitzer et al., 2006) a été utilisée pour mesurer la sévérité des symptômes d'anxiété (Q17-Q23). Sur la même échelle que le PHQ-9, le GAD-7 invite le participant à indiquer la fréquence à laquelle il a vécu des symptômes d'anxiété (par ex. *sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension; difficulté à se détendre; avoir peur que quelque chose d'épouvantable puisse arriver*) dans les deux dernières semaines. Pour chacun de ces questionnaires, les scores sont additionnés. Les scores peuvent être traités de façon continue. Ils peuvent aussi être dichotomisés selon les seuils pour des symptômes cliniquement significatifs : 10 pour le PHQ-9 (Kroenke, Spitzer, Williams, & Löwe, 2010) et 8 pour le GAD-7 (Kroenke et al., 2007).

Comme le relèvent Kroenke et al. (2010) dans leur recension systématique, le PHQ-9 et le GAD-7 ont été montrés utiles (sensibilité et spécificité adéquates) pour mesurer la sévérité des symptômes et pister vers un possible diagnostic de troubles dépressifs et troubles anxieux (par ex. troubles panique, d'anxiété généralisée, phobie sociale). Ainsi, en clinique, ces instruments peuvent être utilisés comme filtres (*screeners*) pour indiquer la nécessité d'approfondir l'évaluation par une entrevue clinique plus détaillée pour confirmer la présence d'un trouble. Les deux instruments montrent des indices de cohérence interne satisfaisants dans les études (α de Cronbach de plus de 0,86). Ces auteurs relèvent plusieurs études et méta-analyses qui montrent que le PHQ-9 est de qualité équivalente ou supérieure à d'autres mesures de dépression (Kroenke et al., 2010). En ce qui concerne le GAD-7, sa validité est appuyée par des corrélations élevées avec d'autres échelles de mesure d'anxiété (Kroenke et al., 2010). Dans la présente étude, la cohérence interne était satisfaisante : $\alpha=0,85$ pour le PHQ-9 et $\alpha=0,86$ pour le GAD-7.

Les symptômes de manie ont été mesurés dans l'étude en utilisant la version française (Hawke, Provencher, Côté, & Bélanger, 2009) du ASRMS (Altman et al., 1997). Chaque item (Q24-Q28) porte sur un symptôme de manie, par exemple se sentir plus heureux et gai qu'à l'habitude, ou encore avoir plus confiance en soi qu'à l'habitude. Pour chaque item, le participant doit choisir parmi cinq énoncés, dont la succession reflète une intensité plus sévère du symptôme (correspondant à des scores de 0 à 4). Les scores sont additionnés et un total de 6 ou plus indique une plus grande probabilité d'être en manie (Altman et al., 1997; Johnson & Leahy, 2004). Cette mesure montre des qualités supérieures à d'autres échelles autorapportées de manie (Altman, Hedeker, Peterson, & Davis, 2001). Elle a été montrée corrélée fortement avec une mesure de symptômes maniaques cotée par un clinicien (Altman et al., 1997). Sa cohérence interne est adéquate (Altman et al., 1997). Elle était de $\alpha=0,74$ dans l'étude.

Dans le cadre de la thèse, cette mesure des symptômes maniaque a été utilisée principalement pour exclure les personnes susceptibles d'être en manie, comme indiqué précédemment dans les critères d'exclusion. Dans le cadre du premier volet de la thèse, cette mesure a aussi été utilisée comme indicateur de la sévérité des symptômes maniaques, en tant que variable critère pour examiner la validité du questionnaire d'autogestion (QASM). Comme nous le verrons dans le chapitre sur ce volet (Chapitre III), cette mesure s'est avérée non corrélée significativement avec le QASM. Devant ce résultat, il a été observé que l'exclusion des participants possiblement en épisode maniaque a réduit la variabilité dans les scores sur cette échelle, nuisant possiblement à l'observation de relations statistiques avec d'autres variables. Pour cette raison, dans le second volet de la thèse, seules les mesures de sévérité des symptômes dépressifs et anxieux ont été retenues comme indicateurs du rétablissement clinique. Ce choix est tout à fait cohérent avec l'idée qu'en raison de la comorbidité (de Graaf et al., 2002; Hirschfeld, 2001; Merikangas et al., 2007), ce

sont les symptômes dépressifs et anxieux qui sont communs aux personnes vivant avec des troubles anxieux, dépressif et bipolaire, et non les symptômes maniaques qui sont propres à un de ces troubles.

En ce qui concerne le rétablissement personnel, il a été mesuré avec la version française validée (Salama-Younes, 2011) du Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF; Keyes, 2002; Lamers et al., 2011). Cette échelle courte (14 items) reprend les items les plus prototypiques d'un questionnaire plus long (40 items). Le questionnaire (Q82-Q95) demande au répondant d'indiquer à quelle fréquence il a ressenti différentes manifestations de bien-être au cours du dernier mois, sur une échelle allant de 0 (*jamais*) à 5 (*tous les jours*). Les items portent sur les dimensions de la santé mentale positive (Keyes, 2002), touchant le bien-être hédonique (par ex. se sentir heureux, se sentir satisfait) et eudaimonique (par ex. sentir que sa vie a un but ou une signification, sentir qu'on a quelque chose d'important à apporter à la société). Cette échelle a été utilisée dans des contextes culturels divers et intégrée à certaines enquêtes de Statistique Canada (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale, Statistique Canada, 2011). L'échelle montre une cohérence interne adéquate et converge avec des mesures connexes (Keyes et al., 2008; Petrillo, Capone, Caso, & Keyes, 2015). Plusieurs études avec de grands échantillons appuient la validité discriminante de la mesure en comparaison aux indicateurs de symptômes de trouble mental (Keyes et al., 2008; Lamers et al., 2011; Petrillo et al., 2015). Pour chaque participant, le score global a été créé en faisant la moyenne des réponses aux items. La cohérence interne était excellente dans la thèse, $\alpha=0,92$.

2.2.3.2.2 Autres variables critères

Comme nous l'avons indiqué précédemment, bien qu'il ne s'agisse pas de mesure complète de l'autogestion, les mesures d'habiletés générales d'autogestion et le *coping* permettent de mesurer certains aspects sous-jacents à l'autogestion. Les habiletés d'autogestion ont été mesurées à l'aide de la version française (Paradis, 2009) du Therapeutic Self-Care Scale (TSCS; Doran et al., 2002). Cette échelle comporte 12 items (Q42-Q53) couvrant les connaissances et la compétence perçue de la personne à gérer sa condition de santé, sur une échelle de 0 (*pas du tout*) à 5 (*complètement*). L'échelle a été développée pour le contexte de maladies physiques, mais s'applique tout à fait à celui d'un trouble mental, avec des items portant par exemple sur la compréhension de ce qu'il est nécessaire de faire pour gérer ses symptômes, la capacité à prendre sa médication (si applicable), la connaissance des personnes à contacter en cas d'urgence, etc. L'étude de Doran et al. (2002) montre une cohérence interne adéquate. Appuyant la validité de l'instrument, cette étude montre aussi une corrélation positive avec la capacité à fonctionner dans ses activités quotidiennes. Le score global est produit en faisant la moyenne des réponses aux items. La cohérence interne était adéquate, $\alpha=0,86$.

Le *coping* a été mesuré à l'aide de la version française validée (Muller & Spitz, 2003) du Brief COPE (Carver, 1997). Comportant 28 items (Q54-Q81), le questionnaire mesure à quel point le participant a mis en place divers moyens pour faire face au stress lié au trouble mental, sur une échelle allant de 0 (*pas du tout*) à 3 (*beaucoup*). Cette échelle a montré des qualités psychométriques satisfaisantes en termes de cohérence interne et de validité en relation à des mesures d'estime de soi, de stress et de détresse (Carver, 1997; Muller & Spitz, 2003). Le Brief COPE comprend 14 sous-échelles (Carver, 1997). Cependant, à des fins de réduction du nombre de variables considérées, des sous-échelles plus englobantes ont été créées dans le cadre de la thèse. Sur la base d'analyses factorielles antérieures (Carver, Scheier, & Weintraub,

1989; Phelps & Jarvis, 1994), Desbiens et Fillion (2007) ont regroupé les sous-échelles initiales en quatre sous-échelles plus englobantes : coping de type émotionnel, de type comportemental, de type cognitif, et de type évitement. Suivant cette procédure, ces quatre sous-échelles ont donc été calculées dans la présente thèse en faisant la moyenne d'items (voir les exemples entre parenthèses) : émotionnel (par ex. soutien émotionnel, expression des émotions; $\alpha=0,80$), comportemental (par ex. planification, *coping* actif; $\alpha=0,85$), cognitif (par ex. réinterprétation positive, acceptation; $\alpha=0,77$), et évitement (par ex. déni, utilisation de substances; $\alpha=0,67$).

Certains aspects spécifiques du construit de santé mentale positive ont aussi été mesurés afin d'étayer davantage la validité de construit du QASM. Ainsi, un questionnaire validé de bien-être émotionnel, nommé le Scale of Positive and Negative Experience (SPANE; Diener et al., 2009, 2010; version française : Martin-Krumm et al., n.d.), a été intégré dans l'étude. Ce questionnaire de 12 items (Q96-Q107) vise à mesurer à quelle fréquence le répondant a ressenti six émotions positives (par ex. se sentir joyeux) et six émotions négatives (par ex. se sentir en colère) dans le dernier mois, sur une échelle de 0 (*très rarement ou pratiquement jamais*) à 4 (*très souvent ou toujours*). L'étude de validation de Diener et al. (2010) montre que la consistance interne de cette mesure est adéquate et qu'elle converge avec d'autres mesures d'émotions, de bonheur et de satisfaction à l'égard de sa vie. Pour calculer un indicateur d'équilibre émotionnel, la moyenne des scores a été produite pour les items négatifs ($\alpha=0,85$), puis soustraite à la moyenne des items positifs ($\alpha=0,94$).

Le bien-être psychologique a été mesuré à l'aide de l'échelle Flourishing Scale (FS) développée par Diener et al. (2009, 2010). Cet instrument, dont la brièveté (8 items) est un avantage, invite le répondant à indiquer son degré d'accord avec les énoncés sur une échelle en sept points de 0 (*entièrement en désaccord*) à 6 (*entièrement en*

accord). Les énoncés (Q108-Q115) portent sur les relations positives, le sentiment de compétence, le sens et le but dans la vie. La cohérence interne de l'échelle a été démontrée, de même que sa convergence avec d'autres mesures existantes, mais plus longues de bien-être (Diener et al., 2010). Dans le cadre de la présente thèse, l'échelle originale anglaise a été traduite en français puisqu'aucune traduction dans cette langue n'était disponible. La traduction inversée a été effectuée en s'inspirant des principes de rétrotraduction de Vallerand (1989). Le questionnaire a donc été traduit de l'anglais vers le français. Il a ensuite été retraduit vers l'anglais par un traducteur professionnel (autre que le premier traducteur). La version anglaise obtenue a été comparée à la version initiale et les différences étaient négligeables, suggérant la validité du travail de traduction vers le français. Pour chaque participant, la moyenne des scores aux items a été produite. L'alpha de Cronbach était adéquat ($\alpha=0,90$).

L'Échelle de participation sociale (en anglais, Social Participation Scale, SPS; Richard, Gauvin, Gosselin, & Laforest, 2009) a été utilisée comme indicateur de bien-être social, en termes d'intégration de la personne dans les activités de sa communauté. L'échelle originale en français comprend 10 items (Q122-Q131), chacun sur une activité de nature sociale (par ex. rendre visite à sa famille ou à ses amis, fréquenter un centre communautaire et de loisirs). Le participant est invité à indiquer à quelle fréquence il a participé à chacune des activités dans les derniers six mois, sur une échelle allant de 0 (*jamais*) à 4 (*presque tous les jours*). L'étude de Richard et al. (2009), montre une cohérence interne élevée, ainsi qu'une corrélation significative avec la santé générale et la vitalité, appuyant la validité convergente avec d'autres indicateurs de bien-être. Dans la présente thèse, la réponse moyenne à travers les items a été calculée pour chaque participant. La cohérence interne était adéquate ($\alpha=0,70$).

Une échelle d'évaluation des buts personnels a aussi été utilisée. Cette brève échelle a été adaptée (traduction, ajout d'un item) dans le cadre de la présente thèse, à partir du Project System Rating Scale (PSRS; Chambers, 2007; Little, 1988; Pychyl & Little, 1998). L'échelle invite les participants à penser à l'ensemble de leurs buts personnels (présentés comme des activités, buts, engagements et projets) et à les autoévaluer sur six dimensions (Q116-Q121) : signification, caractère gérable, progrès, soutien reçu, stress, et plaisir. Ces dimensions rejoignent directement les travaux qui identifient les aspects des buts personnels qui sont centraux dans le bien-être humain (voir les recensions de Little, 2007; Little & Coulombe, 2015). La dimension de plaisir a été ajoutée dans l'instrument dans le cadre de la thèse. Cette dimension n'était pas incluse dans l'échelle originale, car la place centrale qu'elle occupe dans le bien-être n'avait pas encore été mise au jour au moment de la création de l'échelle. Ce n'est que plus récemment que le plaisir ressenti dans la poursuite des buts personnels a été identifié comme un élément capital à prendre en compte spécifiquement dans leur évaluation (Little, 2007; Little & Coulombe, 2015). Pour chaque dimension, le participant était invité à évaluer ses buts sur une échelle de 1 (perception négative, par ex. *mes projets progressent mal*) à 10 (perception positive, par ex. *mes projets progressent bien*). L'échelle a été initialement développée pour fournir une mesure rapide de l'état du système global de buts (ou projets) personnels menés par les participants sans avoir à leur faire énumérer et évaluer en détail chacun de leur but, ce qui peut prendre jusqu'à plusieurs heures à faire (Little, 1988). Little (1988) rapporte plusieurs données de recherche appuyant la validité de construit de cette échelle et sa tendance générale à converger avec une évaluation plus longue des buts. La moyenne des scores aux items a été produite, après avoir inversé celui portant sur le stress. L'alpha de Cronbach était adéquat ($\alpha=0,82$).

Enfin, le questionnaire comprenait la version française validée (Blais, Lachance & Riddle, 1991) de l'échelle Marlowe-Crowne Social Desirability Scale, Short-Form

(Crowne and Marlowe, 1960; Reynolds, 1982). Les participants sont invités à indiquer si chacun des 13 items (Q29-Q41) est vrai ou faux en ce qui les concerne. En raison du fait que l'échelle produit des données binaires, la Formule 20 de Kuder Richardson (KR20) a été calculée au lieu de l'alpha de Cronbach (Multon & Coleman, 2010). Un item a dû être supprimé pour atteindre le seuil minimal de cohérence interne, soit $KR20=0,60$ (Multon & Coleman, 2010). Un score global élevé indique une tendance de la personne à répondre aux questions de l'étude d'une manière qui la fait paraître sous un jour favorable aux yeux des autres.

2.2.3.3 Principales variables cliniques et sociodémographiques

Comme indiqué précédemment, des questions du questionnaire (Q4-Q5) amenaient les participants à rapporter le diagnostic (trouble dépressif, trouble anxieux, trouble bipolaire) reçu, ainsi qu'à indiquer s'ils suivaient une psychothérapie actuellement et s'ils prenaient une médication pour leur trouble dans le dernier mois. Une fiche sociodémographique (Q196-Q210) servait notamment à recueillir les informations suivantes à la fin du questionnaire : âge, genre, niveau d'éducation, statut matrimonial, nombre de personnes dans le ménage et revenu annuel du ménage avant impôts et déductions. À partir de ces deux dernières informations et du seuil fourni par Statistique Canada (Statistics Canada, 2015), une variable a été créée indiquant si le participant vivait ou non dans un foyer sous la mesure de faible revenu. Cette variable a été calculée seulement pour les participants du Canada, par souci de comparabilité des revenus et du contexte de vie.

2.2.4. Analyses statistiques

À titre d'analyses préliminaires, le pourcentage de données manquantes a été examiné (voir le deuxième article de thèse pour davantage de détail). Les items individuels du

QASM présentait entre 0,0 % et 4,7 % de données manquantes. Les variables cliniques et sociodémographiques en présentaient entre 0,0 % et 4,7 %, alors que les scores aux échelles ou sous-échelles des autres mesures du questionnaire en présentaient entre 0,0 % et 0,7 %. Les principales analyses au cœur de la thèse (analyses factorielles, analyses de profils latents) ont été menées dans le logiciel Mplus v. 7 (Muthén & Muthén, 1998-2010) utilisant l'estimateur MLR (*Robust Maximum Likelihood*) ainsi que la méthode de gestion des données manquantes implantée par défaut dans le logiciel, soit la méthode appelée *full information maximum likelihood*. Cette méthode a été montrée efficace pour gérer les données manquantes sans imputation (Newman, 2014). Pour quelques analyses complémentaires menées dans SPSS v. 22 (IBM corporation, 2013), étant donné que le pourcentage de données manquantes était faible, < 5 % par variable, les quelques participants présentant des données manquantes n'ont pas été considérés (De Vaus, 2002a; Tabachnick & Fidell, 2013). L'ensemble des variables présentait une distribution normale, avec des indicateurs d'asymétrie et de kurtose entre les valeurs critiques de -2 et +2 (Lomax & Hahs-Vaughn, 2012).

Pour le premier volet de la thèse, la structure factorielle du QASM a été examinée à l'aide d'analyses factorielles exploratoires et confirmatoires. Avant l'analyse factorielle exploratoire, les corrélations entre les items et les totaux de chaque sous-échelle postulée (clinique, existentiel, fonctionnel, physique, social) ont été examinées. Pour chaque sous-échelle postulée, les items ayant les plus faibles corrélations ont été supprimés (Rattray & Jones, 2007). La visée était d'entamer la réduction du nombre d'items pour diminuer le fardeau associé au questionnaire dans les études futures. À ce stade, l'objectif était de retenir environ 25 à 30 items. Une fois la solution factorielle déterminée par l'analyse exploratoire, elle a été vérifiée avec l'analyse confirmatoire sur le même échantillon de participants, permettant une première réplique (Wang, Watts, Anderson, & Little, 2013). Comme ce sera

expliqué dans les limites de la thèse (voir section 5.3), l'échantillon étant de taille modeste, il était impossible de mener l'analyse exploratoire et l'analyse confirmatoire sur des parties différentes de l'échantillon, comme il aurait été optimal de le faire. Les indices d'adéquation suivants ont permis de déterminer l'adéquation du modèle dans l'analyse confirmatoire : Comparative Fit Index (CFI) et Tucker Lewis Index (TLI) $\geq 0,95$; Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) $\leq 0,06$. (Hu & Bentler, 1999). Il s'agit ci-dessus de seuils sévères que certains suggèrent d'assouplir de la façon suivante : CFI et TLI $\geq 0,90$ et RMSEA $\leq 0,08$ (voir Brown, 2015). Ces seuils assouplis ont donc été suivis. À des fins informatives, nous avons rapporté aussi le Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) puisqu'il est fréquemment mentionné dans les recherches. Cependant, en raison de sa sensibilité à la taille d'échantillon (Marsh, Hau, & Wen, 2004), il n'est pas adéquat de s'y fier pour vérifier l'adéquation du modèle aux données.

L'alpha de Cronbach des sous-échelles obtenues suite aux analyses factorielles a été calculé pour examiner la cohérence interne. Les coefficients de corrélation intraclasse entre les scores à ces sous-échelles aux deux temps de mesure ont été produits pour examiner la fiabilité test-retest.

Pour examiner la validité de construit, la corrélation bivariée entre les sous-échelles du QASM et plusieurs des autres mesures de l'étude a été prise en compte. D'abord, pour examiner la validité convergente, les corrélations du QASM avec le TSCS et le Brief COPE ont été examinées. En ce qui concerne la validité concurrente, les corrélations du QASM avec le PHQ-9, le GAD-7, le SPANE, la FS et la SPS ont été examinées. Enfin, pour appuyer la validité discriminante, nous avons vérifié la corrélation entre le QASM et l'échelle de désirabilité sociale (Mitchell & Jolley, 2013).

Afin de vérifier la distinction entre le QASM et les indicateurs de rétablissement clinique et personnel, plusieurs modèles structurels ont été comparés (voir le tableau 3.4). Dans un des modèles testés, les scores aux sous-échelles du QASM, les indicateurs de symptômes dépressifs ou anxieux, ainsi que la santé mentale positive contribuaient à un seul facteur. Dans un autre modèle, les indicateurs de chaque construit contribuaient à des facteurs distincts. Les autres modèles testés représentaient des configurations intermédiaires, impliquant un recoupement partiel entre les construits. Les indices d'adéquation présentés précédemment ont été considérés pour estimer l'adéquation des modèles, et le *Satorra-Bentler Scaled Chi-Square Difference Test* pour déterminer le modèle le plus adéquat.

Pour le deuxième volet de la thèse, une analyse de profils latents dans Mplus a été menée pour identifier les profils de rétablissement sous-jacents aux données, sur la base des variables continues suivantes : indicateurs de rétablissement clinique (symptômes anxieux et dépressifs : PHQ-9 et GAD-7) et personnel (MHC-SF), et scores aux sous-échelles du QASM. En comparaison à d'autres analyses centrées sur la personne, comme l'analyse en grappes (*cluster analysis*), l'analyse de profils latents (*latent profile analysis*, LPA) a l'avantage de s'appuyer sur l'estimation et la comparaison de modèles statistiques pour déterminer le nombre de profils, permettant davantage d'objectivité (DiStefano & Kamphaus, 2006; Morin, Morizot et al., 2011; Pastor, Barron, Miller, & Davis, 2007). Il s'agit d'une variation de l'analyse de classes latentes (*latent class analysis*) qui pour sa part est utilisable avec des variables catégorielles. Afin de déterminer le nombre optimal de profils présents dans les données, l'analyse a été reprise pour des solutions caractérisées par un nombre incrémental de profils (de 1 jusqu'à 8 profils; par ex. Morin, 2016). Lors de l'estimation du modèle, pour éviter que l'analyse ne converge sur une solution locale, les paramètres suggérés par cet auteur ont aussi été suivis (en incluant la syntaxe suivante dans la commande Mplus : STARTS = 3000 100; STITERATIONS = 100).

La valeur du log-vraisemblance a été répliquée suffisamment (plus de cinq fois, soit le critère minimal suggéré par Morin, 2016), sauf pour un des modèles pour lequel ce critère n'a pas été atteint. Pour ce modèle, nous avons utilisé la valeur de départ associée à la meilleure solution pour la répliquer par des analyses supplémentaires avec la commande OPTSEED (Morin, 2016).

Plusieurs indices d'adéquation ont été considérés pour identifier le modèle le plus adéquat. Notamment, des valeurs plus faibles pour le Akaike Information Criterion (AIC), le Bayesian Information Criterion (BIC), le Consistent AIC (CAIC) et le Sample-Size Adjusted BIC (SSA-BIC), indiquant une meilleure adéquation. Nous avons aussi pris en compte des tests comme le Vuong-Lo-Mendell-Rubin Likelihood Ratio (VLMR), le Adjusted Lo-Mendell-Rubin Likelihood Ratio (ALMR) et le Bootstrap Likelihood Ratio (BLRT) reflétant la plus-value de chaque modèle par rapport au modèle comportant un profil en moins. Enfin, si la valeur d'entropie (variant entre 0 et 1) ne doit pas être utilisée pour déterminer le nombre de profils, elle a fourni une indication de la qualité de la classification des participants dans les différents profils, un chiffre plus près de 1 indiquant moins d'erreurs de classification (Morin, 2016; Tein, Coxé, & Cham, 2013).

Une fois le nombre de profils ainsi identifié, nous avons décrit les profils quant aux indicateurs de rétablissement (PHQ-9, GAD-7, MHC-SF) et aux sous-échelles du QASM en produisant un graphique des moyennes standardisées de chaque profil en comparaison à la moyenne de l'échantillon en entier. Les profils ont aussi été comparés les uns aux autres sur ces variables grâce à l'ajout de la commande *auxiliary (e)* dans la syntaxe de l'analyse de profils latents dans Mplus. L'ajout de cette commande fournit des tests d'égalité de moyennes entre les profils sur les variables désignées. Comme point positif de cette procédure, notons que l'introduction de variables en utilisant cette commande ne modifie pas la nature des

profils (Morin, Morizot et al., 2011). L'utilisation de commandes auxiliaires a récemment été proposée comme une des meilleures façons d'étudier l'association entre les profils et des variables (Asparouhov & Muthén, 2014b; Feingold, Tiberio, & Capaldi, 2014). En effet, au lieu d'assigner un seul profil (soit le plus probable uniquement) à chaque participant, cette commande permet de reconnaître qu'il existe une certaine incertitude quant à la classification de chaque participant dans les profils. Ainsi, avec cette commande, chaque participant est plutôt considéré comme présentant une certaine probabilité de faire partie de chaque profil (Bolck, Croon, & Hagnaars, 2004; Morin, 2016).

Pour décrire de façon plus fine les stratégies d'autogestion utilisées de façon caractéristique dans chaque profil, les items individuels du QASM ont été intégrés en utilisant dans Mplus une autre commande auxiliaire spécialement conçue pour ce type d'analyse (la commande BCH, Asparouhov & Muthén, 2014a). Pour chaque item, cela a fourni un test de l'égalité des moyennes entre les profils.

Afin de décrire les participants de chaque profil, les principales variables cliniques et sociodémographiques décrites précédemment ont été considérées. L'association entre les profils et ces variables a été examinée en intégrant les variables dans la commande auxiliaire BCH (conçue pour les variables continues, soit uniquement l'âge dans la présente thèse) et dans la commande auxiliaire DCAT (conçue pour les variables catégorielles, soit toutes les autres variables) (Asparouhov & Muthén, 2014a). La commande DCAT fournit la comparaison des profils en ce qui concerne la probabilité estimée de retrouver chaque caractéristique (par ex. homme, faible revenu) à l'intérieur du profil.

Enfin, pour examiner la validité de construit des profils, leurs associations avec les mesures suivantes a été examinée : TSCS, Brief COPE, PSRS et SPS. Pour ce faire,

les variables obtenues avec ces quatre mesures ont été intégrées en utilisant la commande BCH dans Mplus, permettant d'examiner si les profils de rétablissement identifiés dans l'étude sont associés à ces variables, comme attendu théoriquement.

CHAPITRE III

QUESTIONNAIRE D'AUTOGESTION EN SANTÉ MENTALE : DÉVELOPPEMENT ET QUALITÉS PSYCHOMÉTRIQUES

Ce premier volet de la thèse visait à mettre au point un questionnaire d'autogestion compréhensif et spécifique aux troubles anxieux et de l'humeur, et à en effectuer une première validation. L'article dédié à ce volet décrit la démarche multiphasique de développement qui a été suivie pour développer le questionnaire, prenant en considération l'avis de 14 experts en santé mentale. L'article présente ensuite les résultats de l'étude de validation de ce questionnaire auprès de 149 personnes rapportant avoir reçu un diagnostic de trouble anxieux ou de l'humeur. Les analyses factorielles exploratoire et confirmatoire ont permis de réduire le questionnaire à 18 items. Cette version finale du questionnaire comprend trois sous-échelles : 1) clinique (obtenir de l'aide et utiliser les ressources disponibles pour réduire ses symptômes), 2) pouvoir d'agir (prendre appui sur ses forces et un concept de soi positif afin de prendre du pouvoir) et 3) vitalité (adopter un style de vie sain et actif). Les trois sous-échelles montrent une cohérence interne satisfaisante, ainsi qu'une fiabilité test-retest adéquate après deux semaines. Le patron de corrélations entre les sous-échelles et des mesures critères (par ex. habiletés d'autogestion, indicateurs de rétablissement) soutiennent dans l'ensemble la validité concurrente et convergente du QASM. Sa corrélation avec la mesure de désirabilité sociale est faible. La comparaison de modèles structurels montre que les variables d'autogestion et les indicateurs de rétablissement clinique et personnel sont des construits distincts. La discussion de l'article met l'accent sur l'apport de l'outil à l'exploration de l'autogestion et sur son utilité pour les travaux futurs.

Sauf quelques changements mineurs effectués pour le besoin de la présente thèse (par ex. ajout d'une note de bas de page), le présent chapitre reprend l'article qui a été publié dans le *Journal of Affective Disorders*, une revue avec comité de lecture (voir l'avis d'acceptation à l'Annexe H). Les références sont présentées dans le format exigé par ce journal. L'auteur de la présente thèse a agi comme auteur principal de l'article, les autres auteurs ayant principalement supervisé son travail ou ayant effectué des suggestions d'améliorations avant la soumission.

La référence complète de l'article est la suivante :

Coulombe, S., Radziszewski, S., Trépanier, S. G., Provencher, H., Roberge, P., Hudon, C., Meunier, S., Provencher, M. D., & Houle, J. (2015). Mental health self-management questionnaire: Development and psychometric properties. *Journal of Affective Disorders*, 181, 41-49. doi: 10.1016/j.jad.2015.04.007

3.1. Mental Health Self-Management Questionnaire: Development and Psychometric Properties

Simon Coulombe¹, Stephanie Radziszewski¹, Sarah-Geneviève Trépanier¹,
Hélène Provencher², Pasquale Roberge³, Catherine Hudon³, Sophie Meunier¹,
Martin D. Provencher⁴, & Janie Houle^{1,5}

¹ Department of Psychology, Université du Québec à Montréal, Montréal, QC,
Canada

² Faculty of Nursing, Université Laval, Québec City, QC, Canada

³ Department of Family Medicine and Emergency Medicine, Université de
Sherbrooke, QC, Canada

⁴ School of Psychology, Université Laval, Québec City, QC, Canada

⁵ Research Centre, Institut universitaire en santé mentale de Montréal, Montréal, QC,
Canada

Abstract

Background: Through self-management, people living with depression, anxiety or bipolar disorders can play an active role in their recovery. However, absence of a validated questionnaire limits empirical research on self-management. The study aimed to develop a French instrument, the Mental Health Self-Management Questionnaire (MHSQ), and to investigate its psychometric properties. **Methods:** A pool of 86 items was created based on a qualitative study with 50 people in recovery from depression, anxiety or bipolar disorders. The 64 most pertinent items were identified following ratings from 14 experts. A sample of 149 people in recovery completed these items and criterion-related measures (specific aspects of self-management, clinical and personal recovery, social desirability), and 93 participants also completed MHSQ two weeks later. **Results:** Exploratory and confirmatory factor analyses show that MHSQ is composed of three subscales: Clinical (getting help and using resources), Empowerment (building upon strengths and positive self-concept to gain control) and Vitality (active and healthy lifestyle). These subscales had satisfying consistency and test-retest reliability, and were mostly unrelated to social desirability. Correlations with criterion variables support convergent and concurrent validity, especially for Empowerment and Vitality. Comparison of structural models provides evidence of the distinct nature of MHSQ in comparison to the constructs of clinical and personal recovery. **Limitations:** Longitudinal studies with larger samples are needed to explore the validity of MHSQ for predicting recovery over time. **Conclusion:** MHSQ is a psychometrically-sound instrument, useful for establishing the role of self-management in recovery and monitoring the efficacy of self-management support programs.

Keywords: self-management; questionnaire; common mental disorder; personal recovery; symptom severity; well-being.

3.2. Introduction

Mood (depression and bipolar) and anxiety disorders are highly prevalent and associated with disability and premature deaths (World Health Organization, 2014). Pharmacological and psychotherapeutic interventions are not readily accessible to all, as barriers hinder people from benefiting from such services (Kohn et al., 2004; Peachey, Hicks, & Adams, 2013). The efficacy of pharmacological treatments for these disorders is moderate (Hidalgo, Tupler, & Davidson, 2007; Pigott et al., 2010; Van Lieshout & MacQueen, 2010). Even with efficient treatment relapses are likely to occur. For example, major depression disorder presents a cumulative recurrence rate of 20-40% in the year following recovery and 60% in a five-year period (Hardeveld et al., 2010). Anxiety disorders have a recurrence rate of 24% in the two-year period following an episode (Scholten et al., 2013). Building on the active role of people in their recovery process (Deegan, 1997; Slade, 2009), guidelines recommend supporting self-management as a complementary approach to optimize recovery from depression, bipolar and anxiety disorders (National Institute for Health and Care Excellence, 2014; Patten et al., 2009; Swinson et al., 2006).

Self-management encompasses all the actions a person takes on a daily basis to manage symptoms, avoid relapse and optimize well-being (Lorig & Holman, 2003). Research has demonstrated the value of self-management for people living with a chronic physical illness (Barlow et al., 2002; Lorig & Holman, 2003). A few recent studies highlighted the potential benefits of self-management for people living with mental health disorders (Lorig et al., 2014; Ritter et al., 2014). However, a systematic review underscored the scarcity of empirical evidence (Houle et al., 2013), partly due to the absence of a validated questionnaire to measure self-management in the mental health domain. This study aimed to develop and validate a short but comprehensive questionnaire, the Mental Health Self-Management Questionnaire (MHSQ), to

measure the use of self-management strategies in patients recovering from mood and anxiety disorders.

To our knowledge, no theoretical model exists concerning the classification of mental health self-management strategies that could have guided the development of MHSQ. Recovery is a related concept that has received further attention. Complete recovery implies more than a clinical aspect focused on symptom reduction; it also involves a personal aspect, experienced through a self-transformation process leading to increased emotional, psychological and social well-being (Drake & Whitley, 2014; Provencher & Keyes, 2011). Empowerment, achieved through self-management, is described as essential to recovery (Slade, 2009; Young & Ensing, 1999). Whitley and Drake's (2010) model highlights five dimensions of recovery: Clinical (e.g., symptoms, therapy), Functional (e.g., employment, housing), Physical (e.g., diet, exercise), Social (e.g., family, social activities) and Existential (e.g., agency, spirituality). This model was chosen as the basis for MHSQ because it integrates clinical and personal aspects in a manageable number of conceptual dimensions. This paper reviews the multiphasic development of MHSQ (see Figure 3.1.).

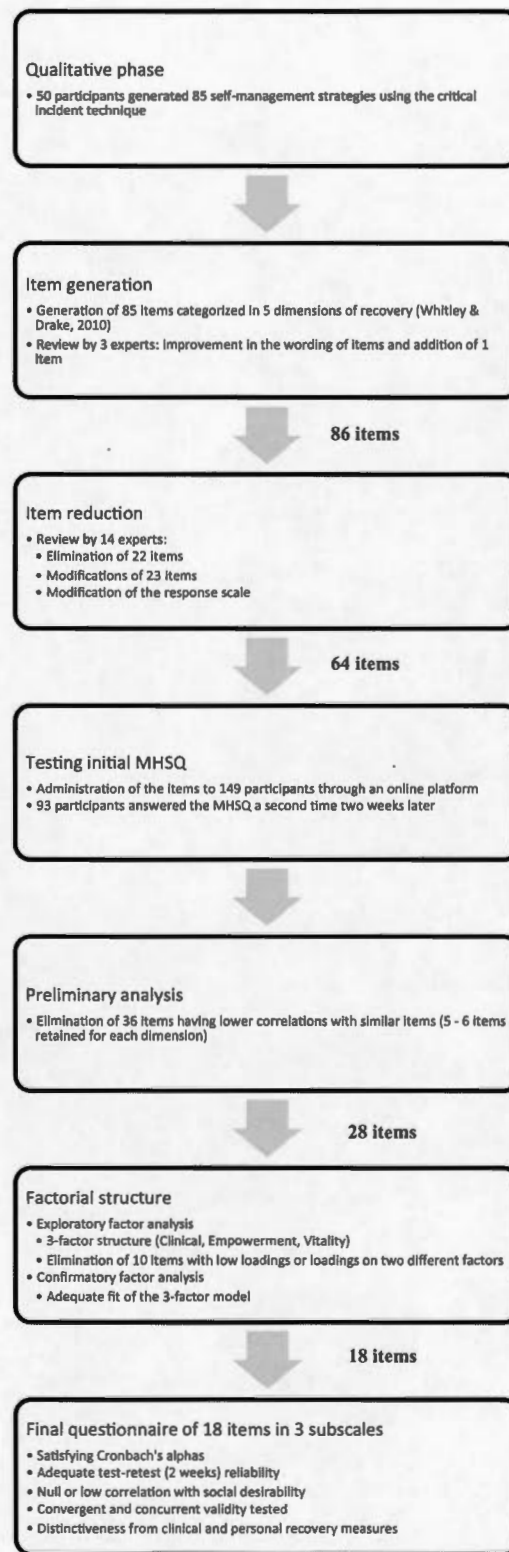


Figure 3.1. Overview of the derivation and validation of MHSQ

3.3. Method

3.3.1. Item generation and reduction

In a qualitative phase, 85 self-management strategies (see Villaggi et al., 2015) emerged from interviews with 50 adults recovering from a depression, anxiety or bipolar disorder. Three researchers subsequently reviewed the strategies, eliminating nine considered specific to a disorder or circumscribed to a particular timeframe (e.g. *I search for the appropriate diagnosis*). Strategies including more than one component were subdivided. Items were written in French for every strategy, and classified using the five dimensions of Whitley and Drake's model (2010): 1) Clinical: e.g., *I consult with a professional concerning my mental health disorder*; 2) Functional: e.g., *I do activities I like to maintain an active lifestyle*; 3) Physical: e.g., *I have healthy eating habits*; 4) Social: e.g., *I find comfort, I feel listened by people around me*; 5) Existential: e.g., *I learn to differentiate between my mental health problem and myself as a person*. At that stage, MHSQ comprised 86 declarative items.

A group of 14 experts (persons in recovery, decision-makers of mental health organizations, mental health professionals and researchers) reviewed the 86 items and scored each one on a 4-point scale ("Poor" to "Very good") regarding their clarity and pertinence. They could also add qualitative comments. A total of 22 items were eliminated because they obtained a score lower than .78 on Lynn's (1986) Content Validity Index (CVI) for the pertinence criterion. For each item, CVI represents the proportion of raters that scored 3 or 4 (Polit & Tatano Beck, 2006), with scores higher than .78 considered evidence of good content validity (Polit, Tatano Beck, & Owen, 2007). A similar index was generated for the clarity criterion. Items were reformulated when they obtained a low score on the clarity index ($< .78$), but a decent score on the pertinence index, which meant that the experts thought these items were

valuable yet difficult to comprehend. A total of 23 items were modified, taking into account the experts' suggestions for wording improvement. Also based on the experts' advice, MHSQ's response scale was configured as a five-point scale: "Never" (0), "Very rarely" (1), "Sometimes" (2), "Often" (3), and "Very often" (4).

3.3.2. Psychometric investigation

The version of the questionnaire for psychometric investigation contained 64 items. It was used in the present empirical study, with the goal of further reducing the number of items and exploring psychometric qualities.

3.3.2.1. Recruitment

Ethical approval was granted by an accredited research ethics board. Thirteen community organisms in the province of Québec (Canada) and France invited their members via email and their website to complete MHSQ. In addition, two advertisements were published in a Montreal (Canada) newspaper. Participants in this convenience sample had to conform to the following criteria, as measured by screening items of the questionnaire: a) 18 years or older, b) sufficient comprehension of written French ; c) self-reported diagnosis of anxiety, depression and/or bipolar disorder for at least a year (to ensure that the participants had time to establish self-management strategies); d) having been or currently being professionally treated for the disorder (medication, psychotherapy or both). This criterion aimed to exclude participants presenting a very mild clinical portrait that did not necessitate self-management strategies.

Participants who scored high on symptomatology questionnaires (see Section 3.2.2.3) were excluded to avoid causing them potential emotional discomfort. Women who

were pregnant or had given birth in the past year were excluded due to differences between the recovery process of postpartum depression and non-postpartum depression (Hendrick et al., 2000).

3.3.2.2. Procedure

Participants answered the questionnaire on a secured online survey platform, after having read and accepted an informed consent form. Those willing also completed MHSQ two weeks later, providing data for stability testing. At the first measurement time, criterion variables were also measured (see supplementary material [Table 3.5] for a description of the criterion-related measures and item examples).

3.3.2.3. Criterion questionnaires

Aspects of self-management: Two measures focused on specific aspects of self-management were included. Medical self-care abilities were assessed with the 12-item ($\alpha = .86$) *Therapeutic Self-Care Scale* (TSCS; Doran et al., 2002; Paradis, 2009). Although designed in the context of chronic physical conditions, the items also apply to mental health patients. In contrast to MHSQ, TSCS focuses solely on clinical aspects. Coping skills were assessed with the 28-item *Brief COPE* (Carver, 1997; Muller & Spitz, 2003). Coping skills are conceptualized as an important component of efficient self-management of chronic diseases (Sandstrom, & Keefe, 1998). Based on Desbiens and Fillion (2007), four coping subscores were computed: Emotional (venting and emotional support ; $\alpha = .80$), Behavioral (active coping, planning, and instrumental support ; $\alpha = .85$), Cognitive (acceptance, positive reframing, humor, and religion; $\alpha = .77$) and Avoidance (substance use, denial, behavioral disengagement, and self-distraction; $\alpha = .67$).

Clinical recovery: Three validated instruments assessed the severity of depression, anxiety and mania symptoms, respectively the *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9; Kroenke, Spitzer, Williams, 2001), the *Generalized Anxiety Disorder 7-item* scale (GAD-7; Spitzer et al., 2006) and the *Altman Self-Rating Mania Scale* (ASRMS; Altman et al., 1997). Scores on these instruments also permitted to verify admissibility to the study: individuals scoring as “severe” on either PHQ-9 or GAD-7 (PHQ-9 ≥ 20 , GAD-7 ≥ 15) or potentially being in mania according to ASRMS (≥ 6) were excluded

Personal recovery: Positive mental health was assessed using the 14-item *Mental Health Continuum-Short Form* (MHC-SF; Keyes, 2002; Lamers et al., 2011; Salama-Younes, 2011). Each item focuses on a specific manifestation of positive mental health experienced within the last month ($\alpha = .92$). Emotional well-being was assessed using the 12-item *Scale of Positive and Negative Experience* (SPANE; Diener et al., 2009), measuring the presence of positive ($\alpha = .94$) and negative emotions ($\alpha = .85$). An affect balance score was calculated by subtracting the six negative items’ mean from the six positive items’ mean. Psychological well-being was assessed using the 8-item ($\alpha = .90$) *Flourishing Scale* (Diener et al., 2009), centered on the perception of living a deeply satisfying life while actualizing one’s potential (Deci & Ryan, 2008). This was the only measure unavailable in French, and was thus translated using a back-to-back method, inspired by Vallerand (1989). Social well-being was assessed using the *Social Participation Scale* (Richard et al., 2009). This 10-item scale ($\alpha=.70$) measures the frequency with which participants engaged in social activities in the past six months.

Social desirability: Social desirability was assessed with the 13-item version of *Marlowe-Crowne Social Desirability Scale Short-Form* (Crowne & Marlowe, 1960; Reynolds, 1982; Blais, Lachance, & Riddle, 1991). A high score suggests that the

participant had a propensity to answer questions in such a way as to be viewed favorably by others. The Kuder-Richardson 20 coefficient was calculated and one item was not considered in the scale to increase consistency ($KR20 = .60$).

3.3.2.4. Analysis

Item-total correlations were examined for the five expected dimensions of MHSQ. Lower item-total correlations for each subscale indicated which items should be deleted (Rattray & Jones, 2007). The goal was to retain the five items with the highest item-total correlations for every subscale, reducing the total set to 25. The underlying intention was to produce a shorter questionnaire for future studies, reducing the burden for participants. Factor structure of MHSQ was explored through exploratory factor analysis (EFA) and confirmatory factor analysis (CFA) using Mplus software (v. 7; Muthén & Muthén, 1998-2011). The Robust Maximum Likelihood (MLR) estimator was used. For CFA, the following indices of fit and criteria were considered to evaluate the adequacy of the tested models: CFI and $TLI \geq .90$; $RMSEA \leq .08$ (Brown, 2015). SRMR was also reported because it is usually mentioned. However, it has been highlighted to be too sensitive to sample size (Marsh, Hau, & Wen, 2004), so it was not used to select the final solution. Because of the sample size, it was not possible to perform EFA and CFA on different subsamples. Nevertheless, verifying the EFA structure by conducting CFA on the same sample is pertinent because if “agreement cannot be found between the two approaches in the same sample, then it is very unlikely that confirmation would be found in a new sample” (Wang et al., 2013, p. 742). Cronbach’s alpha was calculated to estimate each subscale’s reliability. Test-retest stability over the two-week period separating the measure intakes was examined using intraclass correlation coefficients (ICC). Criterion validity (convergent, concurrent and discriminant; DeVon et al., 2007; Eaves & Woods-Groves, 2007) was examined by exploring Pearson

correlations between the subscales and criterion variables. Structural models were also tested to establish the conceptual distinctiveness between MHSQ and clinical and personal recovery measures.

3.4. Results

3.4.1. Participants and preliminary analysis

The sample was composed of 149 participants (see Table 3.1 for sociodemographics). Of these participants, 55.7% reported having been diagnosed with a depression disorder, 36.9% an anxiety disorder, and 36.2% a bipolar disorder (comorbidity for 26.8%). At the time of the study, 41.6% scored higher than the cut-off (score of 10 or higher on PHQ-9 or GAD-7) for either depression, anxiety or both. Several reported having followed a pharmacotherapy (85.2%) or psychotherapy (40.3%) in the month prior to the study. There were no differences with regards to MHSQ scores between people who participated to both measurement times ($n = 93$) and those who only answered the first time.

Every participant answered most items, making it possible to compute global scores for all. No individual items from MHSQ had more than 5% missing values. Given this small proportion (Tabachnick & Fidell, 2013), it was not necessary to replace them (De Vaus, 2002). Moreover, the Full Information Maximum Likelihood method used in Mplus is one of the most robust approaches for dealing with missing values without imputation (Newman, 2014).

Table 3.1. Socio-demographic characteristics of participants (N=149)

Characteristic	n	%
Gender		
Female	117	80.1
Male	29	19.9
Missing	3	2
Age	M = 41.5 (SD = 12.2)	
Nationality		
Canadian	128	85.9
French	10	6.7
Other or missing	11	7.4
Education		
High school	10	6.7
Vocational degree	13	8.7
College degree	31	20.8
University degree	87	58.4
Other or missing	8	5.4
Marital status		
Married or in a couple	69	46.3
Single, never married	50	16.8
Widowed or divorced	25	33.8
Missing	5	3.4
Household annual income (CAN \$)		
Less than 20 000	28	18.8
20 000 to less than 40 000	24	16.1
40 000 to less than 60 000	20	13.4
60 000 to less than 80 000	26	17.4
80 000 to less than 100 000	19	12.8
100 000 and more	25	16.8
Missing	7	4.7

3.4.2. Factorial structure

The item-total correlations were examined for each subscale of MHSQ. The five highest item-total correlations ranged between .44 and .61 for clinical, .61 and .66 for experiential, .41 and .49 for functional, .16 and .39 for social, and .38 and .56 for

physical. The lower correlations indicated a potential problem with the social subscale. However the items were retained, knowing that EFA and CFA would clarify the issue.

Only the five items that correlated most with the total were retained for each subscale, except for the clinical and social dimensions. For the clinical subscale, seven items were retained to include taking medication following the prescription of a specialist and participating in a support group. As adherence to medication and group support are documented as significant self-management strategies (Druss et al., 2010), it was important to retain these two items in the Clinical dimension at this stage. For the social dimension, six items were retained because the fifth and sixth items with the highest item-total correlations were *ex aequo*.

The exploratory factor analysis was performed using the 28 remaining items. Nine factors had eigenvalues over the cut-off of 1.00 (Tabachnik & Fidell, 2013). However, the scree plot (Cattell, 1966) suggested three or four factors. The analysis was run again, forcing the solution to three and four factors. Based on Whitley and Drake's (2010) model, the five-factor solution was also taken into consideration. Examination of factor loadings showed that the four- and five-factor solutions were not optimal given that only two or three items loaded on one of the factors, which is not recommended (DeVellis, 1991; Hinkin, 2005; Tabachnick & Fidell, 2013). Consequently, the three-factor solution was preferred. Since two of the factors were correlated at more than .30, Oblimin rotation was performed. Items that cross-loaded (loading significantly on two factors, with less than .20 difference between loadings) and those that did not load significantly on any factor were deleted through an iterative process. The iterative process was ended when all retained items each loaded higher than .30 on only one of the factors.

The final solution included 18 items. As seen in Table 3.2, items loading on factor 1 (“Clinical”) were centered on finding resources and getting help to reduce one’s symptoms. Items loading on factor 2 (“Empowerment”) regrouped strategies which build upon strengths and a positive self-concept to enhance one’s participation in achieving recovery. Factor 3 (“Vitality”) contained items focused on the promotion of a healthy and active lifestyle.

A CFA was performed to verify the three-factor solution. The fit of the proposed model was not optimal ($\chi^2(132) = 211.90$, TLI=0.85; CFI = 0.87; RMSEA = 0.06 (90% CI [0.05,0.08]); SRMR=0.09). Each item loaded on its hypothesized factor. However, modification indices suggested the addition of covariances between items #1 and #7 and between items #1 and #18 to improve fit (see Table 3.2). Covariances were also added between an item loading on the Clinical factor (item #2) and the other two latent factors (Empowerment and Vitality). These additions were deemed reasonable based on literature (Houle et al., 2013; Schrank et al., 2012). Fit of the modified model was satisfying ($\chi^2(128) = 165.08$; TLI=0.93; CFI = 0.94; RMSEA = 0.04 (90% CI [0.02,0.06]); SRMR=0.07). The items loaded significantly on their proposed factor (see Table 3.2).

Correlations between factors showed that Empowerment and Vitality were strongly and positively related ($r = .48$), while only moderately related to the Clinical factor ($r = .23$ with Empowerment and $r = .28$ with Vitality). This suggests that MHSQ’s Empowerment and Vitality subscales might constitute related sub-aspects, distinct from the Clinical subscale.

Table 3.2. Results of exploratory and confirmatory factor analysis with the final items of the MHSQ (N=149)

Items	Exploratory factor analysis			Confirmatory factor analysis		
	Factor loadings			Standardized loadings (SE)		
	Factor Clinical	Factor Empowerment	Factor Vitality	Factor Clinical	Factor Empowerment	Factor Vitality
1. I look for available resources to help me with my difficulties (websites, organizations, healthcare professionals, books, etc.).	.52			.50 (.08)		
2. I consult with a professional (doctor, psychologist, social worker, etc.) concerning my mental health disorder.	.87			.81 (.06)		
3. I get actively involved in my follow-up with the healthcare professionals I consult (physician, psychologist, social worker, etc.).	.76			.78 (.07)		
4. I participate in a support or help group to help me manage my difficulties.	.32			.32 (.09)		
5. I take medication for my mental health problem as directed by a healthcare professional.	.34			.36 (.10)		
6. I try to solve my problems one step at a time.		.57			.50 (.08)	
7. I try to recognize the warning signs of a relapse of my mental health disorder.		.43			.36 (.09)	

Note. Items were presented to participants in French. The English version above has been obtained using back-to-back translation principles (Vallerand, 1989) for the purpose of the present article only (not empirically validated).

(continued)

Table 3.2. (continued). Results of exploratory and confirmatory factor analysis with the final items (N=149)

Items	Exploratory factor analysis			Confirmatory factor analysis		
	Factor loadings			Standardized loadings (SE)		
	Factor Clinical	Factor Empowerment	Factor Vitality	Factor Clinical	Factor Empowerment	Factor Vitality
8. I learn to differentiate between my mental health problem and myself as a person.		.58			.62 (.06)	
9. I focus my attention on the present moment.		.71			.73 (.05)	
10. I learn to live with my strengths and weaknesses.		.64			.66 (.06)	
11. I congratulate myself for my successes, large and small.		.69			.63 (.06)	
12. I try to love myself as I am.		.71			.74 (.05)	
13. I take my capabilities into account when arranging my schedule.		.44			.49 (.07)	
14. I find comfort, I feel listened by people around me.		.41			.44 (.07)	
15. I do activities I like to maintain an active lifestyle.			.71			.83 (.07)
16. I engage in sport, physical activity.			.83			.76 (.07)
17. I have healthy eating habits.			.67			.62 (.06)
18. I do exercises to relax (yoga, tai-chi, breathing techniques, etc.).			.39			.42 (.08)

3.4.3. Criterion validity

Low correlations were anticipated with social desirability. It was also expected that MHSQ would be associated with measures of aspects of self-management and with measures of clinical and personal recovery, demonstrating its convergent and concurrent validity. However, these correlations should be less than perfect (e.g., Garson, 2002, suggests $< .85$ as a cut-off) in order to support discriminant validity (Garson, 2002). Table 3.3 portrays the observed associations between MHSQ and these criterion variables. The most salient results are described here.

Table 3.3. Correlations between MHSQ's subscales and other pertinent measures, and descriptive statistics (n=146-149)

Measures	MHSQ – Clinical	MHSQ – Empowerment	MHSQ – Vitality
Social desirability			
M-CSDS-SF	-.03	.26**	.13
General self-management			
TSCS	.11	.53***	.46***
COPE - E	.13	.26**	.12
COPE - B	.15	.48***	.37***
COPE - C	-.02	.55***	.35***
COPE - A	.00	-.16	-.27***
Clinical recovery			
PHQ-9	.21**	-.34***	-.30***
GAD-7	.20*	-.21**	-.23**
ASRMS	.10	.02	.00
Personal recovery			
MHC-SF	-.03	.59***	.41***
SPANES	-.11	.48***	.31***
FS	-.01	.54***	.43***
SPS	.26**	.21**	.44***
<i>M</i>	2.31	2.39	2.10
<i>SD</i>	0.85	0.68	0.88
<i>Skewness</i>	-0.41	0.14	0.18
<i>Kurtosis</i>	-0.18	-0.63	-0.68

Note. Mental Health Self-management Questionnaire (MHSQ); Marlowe-Crowne Social Desirability Scale – Short Form (M-CSDS-SF); Therapeutic Self-Care Scale (TSCS); Brief COPE – emotional subscale (COPE-E); Brief COPE – behavioral subscale (COPE-B); Brief COPE – cognitive subscale (COPE-C); Brief COPE – avoidance subscale (COPE-A); Patient Health Questionnaire 9 items (PHQ-9); Generalized Anxiety Disorder 7 items (GAD-7); Altman Self-Rating Mania Scale (ASRMS); Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF); Scale of Positive and Negative Experience (SPANES); Flourishing Scale (FS); Social Participation Scale (SPS).

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Only the Empowerment subscale was associated with social desirability and, as hypothesized, not strongly so (only 6.8% of shared variance). As expected with regard to convergent validity, the Empowerment and Vitality subscales had positive correlations of moderate to high magnitude with TSCS, as well as with *Brief COPE's*

Behavioral and Cognitive subscales. A moderate negative correlation was obtained between the Vitality subscale and *Brief COPE's* Avoidance subscale (maladaptive coping strategies), suggesting MHSQ's discriminant validity.

Concerning concurrent validity, it was hypothesized that MHSQ's subscales would have a negative correlation with measures of symptom severity (clinical recovery) and a positive correlation with measures of personal recovery. Indeed, MHSQ's Empowerment and Vitality subscales were negatively associated, albeit moderately, with depression (PHQ-9) and anxiety (GAD-7) symptoms. As anticipated, these subscales were also positively correlated to all personal recovery measures (MHC-SF, SPANE, Flourishing Scale, Social Participation Scale). However, contrary to expectations, MHSQ's Clinical subscale was positively related to PHQ-9 and GAD-7.

This pattern of associations between MHSQ's subscales and clinical and personal recovery outcomes was confirmed through a structural equation model. This model examined simultaneously the contribution of each MHSQ subscale in the prediction of three selected outcomes (PHQ-9, MHC-SF, Social Participation Scale)⁵. The model obtained a satisfactory fit ($\chi^2(3) = 4.45$, $TLI = 0.97$; $CFI = 0.99$; $RMSEA = 0.06$ (90% CI [0.00,0.16]); $SRMR = 0.05$). PHQ-9 was mostly associated with MHSQ's Clinical ($\beta = .29$) and Empowerment ($\beta = -.30$) subscales. MHC-SF was most strongly associated with MHSQ's Empowerment ($\beta = .51$) and Social Participation Scale with MHSQ's Vitality ($\beta = .41$).

⁵ Sample size limited the possibility of including all recovery outcomes. Outcomes included in the model were selected based on their pattern of correlations with MHSQ. Among clinical recovery, PHQ-9 was selected since it correlated more strongly with MHSQ's subscales than other clinical measures. Among personal recovery, MHC-SF, SPANE and *Flourishing Scale* had the same pattern of correlations with MHSQ's subscales. MHC-SF was selected because it had the largest correlations (on average) with MHSQ. *Social Participation Scale* was also selected because it was the only personal recovery measure correlated with MHSQ's Clinical subscale.

3.4.4. Conceptual distinctiveness

In order to test the extent of conceptual redundancy between self-management and recovery, several structural models were compared (see Table 3.4 for their description). For these models, PHQ-9⁶ and MHC-SF were selected as measures of clinical and personal recovery, since they had the largest amount of shared variance with MHSQ's subscales.

As seen in Table 3.4, the model that obtained the most satisfactory fit indices was the 4-factor model. This model proposed the least degree of conceptual redundancy, with MHSQ and recovery measures representing distinct factors. The first factor was a personal self-management factor on which loaded MHSQ's Empowerment and Vitality global scores. The second factor was clinical self-management (MHSQ Clinical). MHC-SF and PHQ-9 each loaded on their own factors (the third and fourth). Chi-square comparison indicated that the four-factor model presented a significantly superior fit than the 3-factor model ($\Delta \chi^2 = 22.66$, $p < 0.001$).

⁶ *Note supplémentaire ajoutée pour la thèse.* Les modèles ont été testés ici en incluant seulement la sévérité des symptômes dépressifs (PHQ-9) comme indicateur des symptômes (rétablissement clinique). Pour la thèse, nous avons mené une analyse supplémentaire, testant les mêmes modèles, mais avec le GAD-7, mesure de la sévérité symptômes anxieux, au lieu du PHQ-9. Comme dans les résultats avec le PHQ-9 présentés dans l'article, les modèles à trois et quatre facteurs présentaient des indices d'adéquation satisfaisants, respectivement $\chi^2(39)=68,13$, $TLI=0,94$; $CFI=0,96$; $RMSEA=0,07$ (90% CI [0,04 à 0,10]); $SRMR=0,07$, et $\chi^2(36)=41,81$, $TLI=0,99$; $CFI=0,99$; $RMSEA=0,03$ (90% CI [0,00 à 0,07]); $SRMR=0,05$. Le modèle à quatre facteurs présentait une meilleure adéquation que celui à trois facteurs ($\Delta\chi^2=22,44$, $p<0,001$), appuyant l'existence de quatre facteurs distincts : 1) autogestion personnelle (sous-échelles d'autogestion *Empowerment* et *Vitality*), 2) autogestion clinique (sous-échelle d'autogestion *Clinical*), 3) santé mentale positive (*Mental Health Continuum-Short Form*), 4) symptômes anxieux (GAD-7).

Table 3.4. Comparison of structural models for establishing the distinctiveness of MHSQ in comparison with PHQ-9 and MHC-SF (N=149)

Mo- del	Hypothesized factors	Indicators of each hypothesized factor	χ^2	DF	TLI	CFI	RMSEA (90% CI)	SRMR
4-factor								
1	MHSQ Personal	2 indicators: MHSQ Empowerment score and MHSQ Vitality score						
2	MHSQ Clinical	3 indicators: distribution of MHSQ Clinical items in 3 equivalent parcels	41.69	35	0.99	0.99	0.03 (0.00, 0.07)	0.05
3	MHC-SF	3 indicators: MHC-SF emotional score, psychological score and social score						
4	PHQ-9	3 indicators: distribution of PHQ-9 items in 3 equivalent parcels						
3-factor								
1	MHSQ Personal / MHC-SF	5 indicators: see above for MHSQ Personal and MHC-SF	68.26	38	0.94	0.96	0.07 (0.04, 0.10)	0.07
2	MHSQ Clinical	3 indicators: see above						
3	PHQ-9	3 indicators: see above						
2-factor								
1	MHSQ Personal / MHC-SF	5 indicators: see above for MHSQ Personal and MHC-SF	71.38	37	0.93	0.95	0.08 (0.05, 0.11)	0.08
2	MHSQ Clinical / PHQ-9	6 indicators: see above for MHSQ Clinical and PHQ-9						
1-factor								
1	MHSQ Clinical / MHSQ Personal / MHC-SF / PHQ-9	11 indicators: see above for MHSQ Personal, MSHQ Clinical, MHSQ Personal / MHC-SF and PHQ-9	75.86	38	0.92	0.95	0.08 (0.06, 0.11)	0.08

Note. Mental Health Self-management Questionnaire (MHSQ); Patient Health Questionnaire 9 items (PHQ-9); Mental Health Continuum - Short Form (MHC-SF).

3.5. Discussion

Self-management is increasingly recognized as a crucial factor in the recovery of people living with depression, anxiety and bipolar disorders (Deegan, 1997; Murray et al., 2011; Russell & Browne, 2005; Slade, 2009; Veseth et al., 2012; Young & Ensing, 1999). However, in the absence of a comprehensive instrument, it was difficult to quantify the influence of these strategies on recovery. The Mental Health Self-Management Questionnaire (MHSQ) was developed to fulfill this gap.

3.5.1. Structure of MHSQ: toward a conceptual model of self-management

From the initial pool of 86 items based on strategies described by people in recovery, our multiphasic research process allowed to retain 18 items forming three internally consistent subscales. Initial items were organized around Whitley and Drake's five dimensions of recovery (2010). In contrast with this model, results from EFA and CFA revealed that MHSQ contained three subscales: Clinical, Empowerment and Vitality.

The Clinical subscale contained five items, all pertaining to Whitley and Drake's clinical dimension, such as consulting a professional or taking medication following the recommendations of a specialist. Most of these items refer to managing difficulties or problems directly associated with the mental disorder. The Vitality subscale includes four items related to the physical dimension from Whitley and Drake's model (e.g. healthy diet, sports, relaxation). The item *I do activities that I like to maintain an active lifestyle* also loaded on this subscale, justifying the label "Vitality" to designate a healthy lifestyle beyond strictly physical activities.

The last subscale, Empowerment, included nine items similar to those of Whitley and Drake's Existential, Functional, and Social dimensions, e.g., *I congratulate myself for my successes, large and small; I take my capabilities into account when arranging my schedule; I find comfort, I feel listened by people around me*. These items relate to a functional sense of self, reactivated while mental health patients recognize positive and negative aspects of themselves and put their capabilities into action, as discussed by Davidson and Strauss (1992). The fact that these various strategies loaded on a single factor underscores the intertwined nature of self-management. This also suggests that specific dimensions of recovery from theoretically sound models such as Whitley and Drake's may be difficult to distinguish at the empirical level. Another interpretation is that dimensions of self-management are different from those of recovery. To our knowledge, the present study is the first to quantitatively delineate the dimensions of the mental health self-management construct, creating the basis for developing a more specific conceptual model.

The results show that MHSQ's Clinical subscale is distinct from Empowerment and Vitality subscales, which correlate together. This underlines the clear difference between two distinctive self-management goals: managing symptoms (or preventing relapse) and optimizing global well-being (Houle et al., 2013; Lorig & Holman, 2003).

3.5.2. Psychometric properties of MHSQ

Results support the psychometric properties of MHSQ. Concerning reliability, alphas were adequate, although cause for caution in the Clinical subscale ($\alpha=.69$) which should warrant special attention in future studies. Test-retest stability was adequate for the three subscales. The questionnaire asked participants to report at which frequency they used each self-management strategies in the last two months,

implying that this reference period varied between the two administrations of the questionnaire. The none-perfect correlation, on average .80, between the two measurement times might reflect the instrument's sensitivity to change. Further studies should explore the extent of sensitivity and stability over a longer period of time.

The study also provides evidence of MHSQ's validity. Content validity is supported since all items had initially been judged pertinent for measuring self-management by 14 experts from various backgrounds.

Supporting convergent validity, findings show that MHSQ's Empowerment and Vitality subscales were correlated with existing measures of specific aspects of self-management (i.e., TSCS, *Brief COPE*). Nevertheless, the amount of shared variance was limited (between 6.8 and 30.3%), supporting the idea that MHSQ measures a different construct. MHSQ's Clinical subscale was not related to the other self-management measures, which was unforeseen. The lack of association could be explained by the fact that items of TSCS focus on the abilities and knowledge underlying symptom management strategies rather than the frequency of such strategies, as measured by MHSQ's Clinical subscale.

As for concurrent validity, MHSQ's Empowerment and Vitality subscales correlated as expected with multiple measures of clinical and personal recovery outcomes. Contrary to what was hypothesized, higher scores on MHSQ's Clinical subscale were associated with more severe symptoms of depression and anxiety. This result seems to be in contradiction with the expectation that taking responsibility of one's disorder would lead to less severe symptoms. However, the cross-sectional nature of the study prevents forming such conclusions. The observed correlations might rather reveal that people with more severe symptoms are more inclined to focus on managing their

disorder. Strategies from the Clinical subscale, such as consulting a mental health professional, might be implemented earlier in the recovery process when symptoms are most severe. This aligns with Andresen, Caputi and Oades's (2006) empirically-validated stages of recovery according to which people first learn coping strategies and use help resources.

Concerning discriminant validity, the three MHSQ subscales were broadly unrelated to social desirability (average $r = .14$) (Mitchell & Jolley, 2013). The comparison of structural models shows that MHSQ and clinical and personal recovery scales measure distinct constructs.

3.5.3. First insights on the relationships between MHSQ and recovery outcomes

The findings provide important theoretical insights. Many authors have discussed the overlapping but distinctive nature of clinical and personal aspects of the recovery process (e.g., Leamy et al., 2011; Slade, 2009; Provencher & Keyes, 2011; Whitley & Drake, 2010). Others have underlined the role of empowerment or self-management in recovery (Leamy et al., 2011; Slade, 2009). However, the interrelationships between clinical and personal dimensions of recovery, as well as with self-management, have rarely been studied quantitatively. This study shows that the aforementioned constructs are all distinct but interrelated components of the recovery processes. Thus, each of these components warrants specific attention from patients and mental health professionals.

The pattern of association between each MHSQ subscale and recovery measures provides unprecedented information about which type of self-management strategies might be more beneficial for promoting differentiated aspects of recovery. Results tend to suggest that to increase the feeling of global well-being and to decrease

symptoms, people should mostly implement strategies focused on Empowerment. Vitality strategies seemed to influence positively the amount of participation in social activities. Clinical strategies focused on managing symptoms also contributed to social participation. At the practical level, such results can orient people in selecting the best self-management strategies for achieving specific goals.

3.5.4. Limitations

A first limitation concerns the sample. Although small samples can be used for factorial analysis (de Winter, Dodou, & Wieringa, 2009), our sample was nevertheless limited and we opted for reducing the number of estimated parameters by using parcels instead of individual items in structural models (see Table 3.4). Albeit an acceptable practice, parcels should be used with caution (Little et al., 2002). A larger sample size could have been randomly divided in two subsamples, one for EFA and the other for CFA. This would have provided a more stringent test of the factorial structure (Gatignon, 2010; Wang et al., 2013). Research is also needed with more heterogeneous samples in terms of gender to ensure that MHSQ is as valid for men and women. Recruiting participants through other channels than the Internet would also be important. Even if this practice has been shown to provide good quality data (Gosling et al., 2004) and to be efficient for recruiting across different geographical areas (Wright, 2006), evidence suggests that results obtained with such surveys might be biased (Barratt et al., 2014).

A second limitation concerns the questionnaires used for measuring criterion variables. For brevity purposes, most of them were short questionnaires. The shortest, the *Altman Self-Rating Mania Scale* (ASRMS), included only five items. It was the only measure that did not correlate with any of MHSQ's subscales. Nevertheless, given that depressive symptoms are inherent to bipolar disorder and that comorbidity

with anxiety symptoms is common (Simon et al., 2004), associations of MHSQ with PHQ-9 and GAD-7 are sufficient in the context of this study to suggest the usefulness of MHSQ for people with bipolar disorder.

A third limitation is the cross-sectional nature of the present study, which makes it impossible to estimate the influence of self-management on the evolution of recovery. Longitudinal investigations are necessary to better understand the associations of MHSQ's subscales with clinical and personal recovery outcomes, while taking into account the timing in the recovery process. This is especially important to confirm the validity of MHSQ's Clinical subscale. In the present cross-sectional study, it was unrelated to several criterion variables, and when correlations were observed, the pattern was not always in the expected direction.

Finally, the present study describes the validation of the French version of MHSQ. To permit a far-reaching use of this questionnaire, further studies are needed to validate the English version presented in Table 3.2, which was obtained through back-to-back translation (Vallerand, 1989) but not tested with participants.

3.5.5. Concluding remark

The present study provided an initial test of a short comprehensive questionnaire measuring self-management strategies implemented by people with common mental health disorders as they empower themselves and take responsibility in their recovery. The instrument showed overall adequate reliability and validity. Examination of the factorial structure of MHSQ provided the first quantitative examination of the construct of self-management in mental health, yielding a 3-factor structure. According to these factors, people can take responsibility in their recovery process by finding resources and getting help (Clinical), building upon their strengths

and a positive self-concept (Empowerment) and adopting a healthy and active lifestyle (Vitality). Designed for research purposes, MHSQ will be useful for evaluating the efficacy of programs focused on self-management support (Houle et al., 2013). In the long-term, mental health professionals could also use MHSQ to detect a person's self-management strategies and monitor progress.

3.6. Acknowledgements

We want to acknowledge the research assistance provided by Benoit Martel, Catherine Purenne and Stéphanie Robert at different stages of this project.

We wish to thank the recovery experts for their valuable feedback on the questionnaire: Annie Beaudin, Hélène Brouillet, Bruno Collard, Sylvie Dubois, Pierre Demers, Michel Gilbert, Diane Harvey, François Jetté, Yves Jourdain, Brigitte Lavoie, Renée Lavoie and Michel Poisson. We are also grateful for the support from the members of our advisory committee: David Barbeau, Valérie Coulombe, Pierre Doray, Jean Lambert, Normand Lauzon, André Martin, Mario Lamarche, Jean-Rémy Provost, Lyne Ricard, France Roy, Christiane Royale, Élise St-André, Martine Thibault and Danielle Tremblay.

We would like to underline the precious collaboration of Dr Thomas Saïas and of the following organizations: Revivre, Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, Association canadienne de santé mentale – filière de Montréal, Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie.

3.7. Funding

This study was supported by a grant for young investigators (Janie Houle) from the Fonds de recherche du Québec - Santé. The sponsor was not involved in planning or conducting the study, nor in manuscript writing.

3.8. References

- Altman, E.G., Hedeker, D., Peterson, J.L., & Davis, J.M. The Altman self-rating mania scale. *Biol. Psychiatry*. 1997; 42(10):948-955.
- Andresen, R., Caputi, P., & Oades, L. Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. *Aust. N. Z. J. Psychiatry*. 2006; 40(11-12):972-980.
- Barratt, M.J., Ferris, J.A., & Lenton, S. Hidden populations, online purposive sampling, and external validity: taking off the blindfold. *Field Methods*. 2014, 26; 1-19.
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Educ. Couns.*. 2002; 48(2):177-187.
- Blais, M.R., Lachance, L., & Riddle, A. *Validation de la version française de la mesure de désirabilité sociale de Marlowe-Crowne [Validation of the French version of the Marlowe-Crowne measure of social desirability]*. Unpublished manuscript, Université du Québec à Montreal, Canada; 1991.
- Brown, T.A. *Confirmatory factor analysis for applied research* (2nd ed.). Guilford Press, New York, NY; 2015.
- Carver, C.S. You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *Int. J. of Behav. Med.* 1997; 4(1): 92-100.
- Cattell, R.B. The scree test for the number of factors. *Multiva. Behav. Res.* 1966; 1(2): 245-276.
- Crowne, P.D., & Marlowe, C. A new scale of social desirability independent of psychopathology. *J. Consult. Psychol.* 1960; 24(4): 349-354.
- Davidson, L., & Strauss, J.S. Sense of self in recovery from severe mental illness. *Br. J. Med. Psychol.* 1992; 65: 131-145.
- Deci, E.L., & Ryan, R.M. Hedonia, eudaimonia, and well-being: an introduction. *J. Happiness Stud.* 2008; 9(1): 1-11.
- Deegan, P.E. Recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities. *Soc. Work Health Care.* 1997; 25(3): 11-24.

- Desbiens, J.-F., & Fillion, L. Coping strategies, emotional outcomes and spiritual quality of life in palliative care nurses. *Int. J. Palliat. Nurs.* 2007; 13(6): 291-299.
- De Vaus, D. *Surveys in Social Research* (5th ed.). Routledge, London, UK; 2002.
- DeVellis, R. *Scale Development: Theory and Applications*. Sage Publications, London, UK; 1991.
- DeVon, H.A., Block, M.E., Moyle-Wright, P., Ernst, D.M., Hayden, S.J., Lazzara, D.J., ... Kostas-Polston, E. A psychometric toolbox for testing validity and reliability. *J. Nurs. Scholarsh.* 2007; 39(2): 155-164.
- de Winter, J.C.F., Dodou, D., & Wieringa, P.A. Exploratory factor analysis with small sample sizes. *Multivariate Behav. Res.* 2009; 44(2): 147-181.
- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D., Oishi, S., & Biswas-Diener, R. New measures of well-being: flourishing and positive and negative feelings. *Soc. Indic. Res.* 2009; 39: 247-266.
- Doran, D., I., Sidani, S., Keatings, M., & Doidge, D. An empirical test of the nursing role effectiveness model. *J. Adv. Nurs.* 2002; 38(1): 29-39.
- Drake, R.E., & Whitley, R. Recovery and severe mental illness: description and analysis. *Can. J. Psychiatry.* 2014; 59(5): 236-242.
- Druss, B.G., Zhao, L., von Esenwein, S.A., Bona, J.R., Fricks, L., Jenkins-Tucker, S., ... Lorig, K. The health and recovery peer (HARP) program: a peer-led intervention to improve medical self-management for persons with serious mental illness. *Schizophr. Res.* 2010; 118(1-3): 264-270.
- Eaves, R., & Woods-Groves, S. Criterion validity. In N. J. Salkind, & K. Rasmussen (Eds.), *Encyclopedia of Measurement and Statistics* (pp. 201-203). Sage Publications, Thousand Oaks, CA; 2007.
- Gatignon, H. *Statistical Analysis of Management Data* (2nd ed.). Springer, New York, NY; 2010.
- Garson, G.D. *Guide to Writing Empirical Papers, Theses, and Dissertations*. Marcel Dekker, New York, NY; 2002.
- Gosling, S.D., Vazire, S., Srivastava, S., & John, O.P. Should we trust web-based studies? A comparative analysis of six preconceptions about Internet questionnaires. *Am. Psychol.* 2004; 59(2): 93-104.
- Hardeveld, F., Spijker, J., De Graaf, R., Nolen, W.A., & Beekman, A.T. Prevalence and predictors of recurrence of major depressive disorder in the adult population. *Acta Psychiatr. Scand.* 2010; 122(3):184-91.
- Hendrick, V., Altshuler, L., Strouse, T., & Grosser, S. Postpartum and nonpostpartum depression: differences in presentation and response to pharmacologic treatment. *Depress. Anxiety.* 2000;11(2): 66-72.
- Hidalgo, R.B., Tupler, L.A., & Davidson, J.R. An effect-size analysis of pharmacologic treatments for generalized anxiety disorder. *J. Psychopharmacol.* 2007; 21(8): 864-872.

- Hinkin, T.R. Scale development principles and practices. In R.A. Swanson, & Holton, E.F. (Eds.), *Research in Organizations: Foundations and Methods of Inquiry* (pp. 161-180). Berrett-Koehler Publishers, San Francisco, CA; 2005.
- Houle, J., Gascon-Depatie, M., Bélanger-Dumontier, G., & Cardinal, C. Depression self-management support: a systematic review. *Patient Educ. Couns.* 2013; 91(3): 271-279.
- Keyes, C.L.M. The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *J. Health Soc. Behav.* 2002; 43(2): 207-222.
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. The treatment gap in mental health care. *Bul. World Health Organ.* 2004; 82(11): 858-866.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., & Williams, J.B.W. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J. Gen. Intern. Med.* 2001; 16(9): 606-613.
- Lamers, S.M.A., Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T., ten Klooster, P.M., & Keyes, C.L.M. Evaluating the psychometric properties of the mental health continuum-short form (MHC-SF). *J. Clin. Psychol.* 2011; 67(1): 99-110.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br. J. Psychiatry.* 2011; 199: 445-452.
- Little, T.D., Cunningham, W.A., Shahar, G., & Widaman, K.F. To parcel or not to parcel: exploring the question, weighing the merits. *Struc. Equ. Model.* 2002; 9(2): 151-173.
- Lorig, K.R., & Holman, H.R. Self-management and education: history, definition, outcomes and mechanisms. *Ann. Behav. Med.* 2003; 26(1): 1-7.
- Lorig, K.R., Ritter, P.L., Pifer, C., & Werner, P. Effectiveness of the chronic disease self-management program for persons with a serious mental illness: a translation study. *Community Ment. Health J.* 2014; 50(1): 96-103.
- Lynn, M.R. Determination and quantification of content validity. *Nurs. Res.* 1986; 35(6): 382-385.
- Marsh, H., Hau, K.-T., & Wen, Z. (2004). In search of golden rules: comment on hypothesis-testing approaches to cutoff values for fit indexes and dangers in overgeneralizing Hu & Bentler's (1999) findings. *Struct. Equ. Modeling.* 2004; 11(3):320-341.
- Mitchell, M.L., & Jolley, J.M. *Research Design Explained* (8th ed.). Wadsworth, Belmont, CA; 2013.
- Muller, L., & Spitz, E. Multidimensional assessment of coping: validation of the brief COPE among French population. *Encephale.* 2003; 29(6): 507-518.
- Murray, G., Suto, M., Hole, R., Hale, S., Amari, E., & Michalak, E.E. Self-management strategies used by "high functioning" individuals with bipolar disorder: from research to clinical practice. *Clin. Psychol. Psychother.* 2011; 18(2): 95-109.
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. *Mplus* (Version 7.2) [Software]. Los Angeles, CA: Muthén and Muthén; 1998-2011.

- National Institute for Health and Care Excellence (2014). *Bipolar disorder: Assessment and management*. Retrieved from: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg185/resources/bipolar-disorder-assessment-and-management-35109814379461>.
- Newman, D.A. Missing data: Five practical guidelines. *Organ. Res. Methods*. 2014; 17(4): 372-411.
- Paradis, V. *Évaluation d'une intervention infirmière Motivationnelle Selon les Stades de Changement (MSSC) sur des comportements d'auto-soins chez des patients insuffisants cardiaques [Evaluation of a Motivational According to the Stages of Change (MASC) Nursing Intervention on Self-Care Behaviors in Heart Failure Patients]*. Master's thesis, Université de Montréal Canada; 2009.
- Patten, S.B., Kennedy, S.H., Lam, R.W., O'Donovan, C., Filteau, M.J., Parikh, S.V., & Ravindran, A.V. Canadian network for mood and anxiety treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. I. Classification, burden and principles of management. *J.Affect. Disord.* 2009; 117(Suppl. 1): S5-S14.
- Peachey, D., Hicks, V., & Adams, O. *An Imperative of Change: Access to Psychological Services for Canada. A Report to the Canadian Psychological Association*. Health Intelligence, Toronto, Canada; 2013.
- Pigott, H.E., Leventhal, A.M., Alter, G.S., & Boren, J.J. Efficacy and effectiveness of antidepressants: current status of research. *Psychother. and psychosom.* 2010; 79(5): 267-279.
- Polit, D.F., & Tatano Beck, C. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res. Nurs. & Health*. 2006; 29(5): 489-497.
- Polit, D.F., Tatano Beck, C., & Owen, S.V. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in Nursing Health*. 2007; 30(4): 459-467.
- Provencher, H.L., & Keyes, C.L.M. Complete mental health recovery: bridging mental illness with positive mental health. *J. Public Ment. Health*. 2011; 10(1): 57-69.
- Rattray, J., & Jones, M.C. Essential elements of questionnaire design and development. *J. Clin. Nurs*. 2007; 16(2): 234-243.
- Reynolds, W.M. Development of reliable and valid short forms of the Marlowe-Crowne social desirability scale. *J. Clin. Psychol.* 1982; 38(1): 119-125.
- Richard, L., Gauvin, L., Gosselin, C., & Laforest, S. Staying connected: neighbourhood correlates of social participation among older adults living in an urban environment in Montréal, Québec. *Health Promot. Int.* 2009; 24(1): 46-57.
- Ritter, P. L., Ory, M. G., Laurent, D. D., & Lorig, K. Effects of chronic disease self-management programs for participants with higher depression scores:

- secondary analyses of an on-line and a small-group program. *Trans. Behav. Med.* 2014; 4(4): 398-406.
- Russell, S.J., & Browne, J.L. Staying well with bipolar disorder. *Aust. N. Z. J. Psychiatry.* 2005; 39(3): 187-193.
- Salama-Younes, M. Positive mental health, subjective vitality and satisfaction with life for French physical education students. *World J. Sports Sci.* 2011; 4(2): 90-97.
- Sandstrom, M.J., & Keefe, F.J. Self-management of fibromyalgia: the role of formal coping skills training and physical exercise training programs. *Arthritis & Rheum.* 1998; 11(6): 432-447.
- Scholten, W.D., Batelaan, N.M., van Balkom, A.J.L.M., Penninx, B.W.J.H., Smit, J.H., & van Oppen, P. Recurrence of anxiety disorders and its predictors. *J. Affect. Disord.* 2013; 147(1-3): 180-185.
- Schrank, B., Bird, V., Rudnick, A., & Slade, M. Determinants, self-management strategies and interventions for hope in people with mental disorders: systematic search and narrative review. *Soc. Sci. Med.* 2012; 74(4): 554-564.
- Simon, N.M., Otto, M.W., Wisniewski, S.R., Fossey, M., Sagduyu, K., Frank, E., ... Pollack, M.H. Anxiety disorder comorbidity in bipolar disorder patients: data from the first 500 participants in the Systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *Am. J. Psychiatry.* 2004; 161(2): 2222-2229.
- Slade, M. *Personal Recovery and Mental Illness: A Guide for Mental Health Professionals.* Cambridge University Press, New York, N.Y.; 2009.
- Spitzer, R.L., Kroenke, K., & Williams, J.B.W. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch. Intern. Med.* 2006; 166(10): 1092-1097.
- Swinson, R.P., Antony, M.M., Bleau, P., Chokka, P., Craven, M., Fallu, A., ... Walker, J.R. Clinical practice guidelines: management of anxiety disorders. *Can. J. Psychiatry.* 2006; 51(Suppl 2): 1S-92S.
- Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. *Using Multivariate Statistics* (6th ed.). Pearson Education, Boston, MA; 2013.
- Vallerand, R.J. Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: Implications pour la recherche en langue française [Towards a trans-cultural validation methodology for psychology questionnaires: implications for French language research]. *Can. Psychol.* 1989; 30(4): 662-680.
- Van Lieshout, R.J., & MacQueen, G.M. Efficacy and acceptability of mood stabilisers in the treatment of acute bipolar depression: systematic review. *Br. J. Psychiatry.* 2010; 196(4): 266-273.
- Veseth, M., Binder, P.-E., Borg, M., & Davidson, L. Toward caring for oneself in a life of intense ups and downs: a reflexive-collaborative exploration of recovery in bipolar disorder. *Qual. Health Res.* 2012; 22(1): 119-133.

- Villaggi, B., Provencher, H., Coulombe, S., Meunier, S., Radziszewski, S., Hudon, C., ... & Houle, J. (2015). Self-Management strategies in recovery from mood and anxiety disorders. *Global Qualitative Nursing Research*, 2. doi: 10.1177/2333393615606092
- Wang, L., Watts, A., Anderson, R. A., & Little, T. Common fallacies in quantitative research. In T. D. Little (Ed.), *Oxford Handbook of Quantitative Methods* (pp. 718-758). Guilford, New York, NY; 2013.
- Whitley, R., & Drake, R.E. Recovery: a dimensional approach. *Psychiatr. Serv.* 2010; 61(12):1248-1250.
- World Health Organization. *Integrating the Response to Mental Disorders and Other Chronic Diseases in Health Care Systems*. Geneva, Switzerland World Health Organization; 2014.
- Wright, K.B. Researching Internet-based populations: advantages and disadvantages of online survey research, online questionnaire authoring software packages, and web survey services. *J. Comput.-Mediat. Commun.* 2006; 10(3): 00.
- Young, S.L, & Ensing, D.S. Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatr. Rehabil. J.* 1999; 22(3): 219-231.

Table 3.5. Table provided as supplementary material in the article, describing the criterion measures

Measure	Construct measured	Number of items	Type of scale	Item example	Alpha in present study
Aspects of self-management					
TSCS	Self-care abilities	12	6-point agreement	<i>Do you know whom to contact in case of a medical emergency?</i>	.86
Brief COPE	Coping strategies	28	4-point frequency		
Emotional	Venting, emotional support	4	4-point frequency	<i>I've been expressing my negative feelings.</i>	.80
Behavioral	Active coping, planning, instrumental support	6	4-point frequency	<i>I've been taking action to try to make the situation better.</i>	.85
Cognitive	Acceptance, positive reframing, humor, religion	8	4-point frequency	<i>I've been learning to live with it.</i>	.77
Avoidance	Substance use, denial, behavioral disengagement, self-distraction	8	4-point frequency	<i>I've been turning to work or other activities to take my mind off things.</i>	.67
Clinical recovery					
PHQ-9	Depressive symptoms	9	4-point frequency	<i>Little interest or pleasure in doing things.</i>	.85
GAD-7	Anxiety symptoms	7	4-point frequency	<i>Feeling nervous, anxious, or on edge.</i>	.86
ASRMS	Manic symptoms	5	Multiple choice	<i>I can go all day and night without any sleep and still not feel tired.</i>	.74 ^a

(continued)

Table 3.5. (continued). Table provided as supplementary material in the article, describing the criterion measures

Measure	Construct measured	Number of items	Type of scale	Example of item	Alpha in present study
Personal recovery					
MHC-SF	General positive mental health (emotional, psychological, social)	14	6-point frequency	<i>Confident to think or express your own ideas and opinions</i>	.92
SPANE	Positive and negative emotions	12	5-point frequency	<i>Happy, Sad, Contented, Angry</i>	.94 (positive) .85 (negative)
FS	Self-actualization	8	7-point agreement	<i>I lead a purposeful and meaningful life</i>	.90
SPS	Social participation	10	5-point frequency	<i>Attend activities at a community/leisure center</i>	.70
Social desirability					
M-CSDS-SF	Participants' tendencies to answer questions in a way that make them look favorably	13	True/False	<i>I am always courteous, even to people who are disagreeable.</i>	.60 (KR20)

Note. Mental Health Self-management Questionnaire (MHSQ); Therapeutic Self-Care Scale (TSCS); Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9); Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) scale; Altman Self-Rating Mania Scale (ASRMS); Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF); Scale of Positive and Negative Experience (SPANE); Flourishing Scale (FS); Social Participation Scale (SPS); Marlowe-Crowne Social Desirability Scale Short-Form (M-CSDS-SF). ^a Calculated with a larger sample of 245 participants, including participants in mania episode (ASRMS ≥ 6) which were excluded from the sample used for the other analyses of the article.

CHAPITRE IV

PROFILS DE RÉTABLISSEMENT DE TROUBLES ANXIEUX ET DE L'HUMEUR : UNE APPROCHE CENTRÉE SUR LES PERSONNES

Ce deuxième volet de la thèse visait principalement à identifier et décrire les profils de rétablissement présentés par les personnes ($N=149$) ayant participé à l'étude du premier volet. Pour ce faire, une analyse de profils latents a été effectuée à partir des scores aux trois sous-échelles d'autogestion du QASM (clinique, pouvoir d'agir, vitalité, voir Chapitre III) et des indicateurs de rétablissement clinique (symptômes dépressifs et anxieux, PHQ-9 et GAD-7) et personnel (santé mentale positive, MHC-SF). Les résultats suggèrent l'existence de trois profils distincts de rétablissement. Le profil dit en *flétrissement* regroupe les participants utilisant rarement des stratégies d'autogestion, présentant des symptômes modérément sévères ainsi que la santé mentale positive la plus faible de l'échantillon. Les participants du profil dit en *épanouissement* utilisaient de façon particulièrement fréquente les stratégies d'autogestion axées sur la prise de pouvoir, présentaient les symptômes les moins sévères et le plus haut degré de santé mentale positive. Les participants d'un profil moins fréquent, dit en *lutte*, étaient les plus engagés dans l'autogestion, notamment celles axées sur les symptômes et l'adoption d'un rythme de vie actif et sain. Leur profil était aussi caractérisé par des symptômes relativement sévères et une santé mentale positive modérément élevée. Soutenant la validité de construit des profils, les participants du profil en *épanouissement* avaient les scores les plus favorables sur des variables critères (évaluation des projets personnels, participation sociale, habiletés d'autogestion et *coping*). Les participants du profil en *flétrissement* avaient les scores les plus défavorables sur ces mesures, alors que ceux du profil en *lutte* présentaient

un portrait mixte. L'étude révèle que les probabilités d'être un homme, d'être une personne défavorisée économiquement ou encore de vivre seul(e) sont davantage élevées dans le profil en *flétrissement*, soulignant des inégalités sociales dans les chances de rétablissement. La discussion suggère des pistes d'interprétation, notamment pour expliquer pourquoi les participants du profil en *lutte* présentent des symptômes aussi sévères tandis qu'ils sont les plus engagés dans une variété de stratégies d'autogestion. Enfin, l'article soulève l'importance pour les intervenants d'offrir un soutien personnalisé aux personnes qui font face à des inégalités sociales, et souligne la nécessité d'efforts sociaux pour tenter de réduire ces inégalités à la source.

Le chapitre reprend l'article qui a été publié dans la revue avec comité de pairs : *Frontiers in Psychology, section Psychology for Clinical Settings* (voir la preuve d'acceptation de l'article à l'Annexe I). L'article s'inscrit dans un numéro spécial de cette revue qui porte sur le thème suivant : *Consumer engagement in health and well-being: Theoretical and empirical perspectives in patient centered medicine*. L'auteur de la présente thèse a agi comme auteur principal de l'article, les autres auteurs ayant principalement supervisé son travail ou ayant effectué des suggestions d'améliorations avant la soumission.

La référence complète de l'article est la suivante :

Coulombe, S., Radziszewski, S., Meunier, S., Provencher, H., Hudon, C., Roberge, P., Provencher, M. D., & Houle, J. (2016). Profiles of recovery from mood and anxiety disorders: A person-centered exploration of people's engagement in self-management. *Frontiers in psychology – Psychology for Clinical Settings*, 7(584), 1-21. doi: 10.3389/fpsyg.2016.00584

4.1. Profiles of recovery from mood and anxiety disorders: A person-centered exploration of people's engagement in self-management

Simon Coulombe¹, Stephanie Radziszewski¹, Sophie Meunier¹,
Hélène Provencher², Catherine Hudon³, Pasquale Roberge³,
Martin D. Provencher⁴, & Janie Houle^{1,5}

¹ Department of Psychology, Université du Québec à Montréal, Montréal, QC, Canada

² Faculty of Nursing, Université Laval, Québec City, QC, Canada

³ Department of Family Medicine and Emergency Medicine, Université de Sherbrooke, QC, Canada

⁴ School of Psychology, Université Laval, Québec City, QC, Canada

⁵ Research Centre, Institut universitaire en santé mentale de Montréal, Montréal, QC, Canada

Abstract

Context: A shift towards person-centered care has been occurring in services provided to people with mood and anxiety disorders. Recovery is recognized as encompassing personal aspects in addition to clinical ones. Guidelines now recommend supporting people's engagement in self-management as a complementary recovery avenue. Yet the literature lacks evidence on how individualized combinations of self-management strategies used by people relate to their clinical and personal recovery indicators. **Objectives:** The aims of this study were to identify profiles underlying mental health recovery, describe the characteristics of participants corresponding to each profile, and examine the associations of profiles with criterion variables. **Method:** 149 people recovering from anxiety, depressive, or bipolar disorders completed questionnaires on self-management, clinical recovery (symptom severity), personal recovery (positive mental health), and criterion variables (personal goal appraisal, social participation, self-care abilities, coping). **Results:** Latent profile analysis revealed three profiles. The *Floundering* profile included participants who rarely used self-management strategies and had moderately severe symptoms and the lowest positive mental health. The *Flourishing* profile was characterized by frequent use of self-empowerment strategies, the least severe symptoms, and the highest positive mental health. Participants in the *Struggling* profile engaged actively in several self-management strategies focused on symptom reduction and healthy lifestyle. They concomitantly reported high symptom severity and moderately high positive mental health. The study revealed that *Floundering* was associated with higher probabilities of being a man, being single, and having a low income. People in the *Flourishing* profile had the most favorable scores on criterion variables, supporting the profiles' construct validity. **Discussion:** The mixed portrait of *Struggling* participants on recovery indicators suggests the relationship between health engagement and recovery is more intricate than anticipated. Practitioners should strive for a holistic understanding of their clients' self-management strategies and recovery indicators to provide support personalized to their profile. While people presenting risk factors would benefit from person-centered support, societal efforts are needed in the long term to reduce global health inequalities. The integration of constructs from diverse fields (patient-centered care, chronic illness, positive psychology) and the use of person-oriented analysis yielded new insights into people's engagement in their health and well-being.

Keywords: self-management, recovery, mood and anxiety disorders, person-centered approach, health engagement, positive mental health.

4.2. Introduction

Contemporary mental health services are more person-centered⁷ than they used to be (Mechanic, 2007). Mental health providers increasingly seek to support people's engagement in their idiosyncratic recovery process rather than prescribing a rigid treatment plan (Corrigan, 2015). As an overarching philosophy behind person-centered care (Storm & Edwards, 2013), the notion of recovery orients the services offered to people living with mental disorders in several countries, such as the US (President's New Freedom Commission on Mental Health, 2003), England (National Institute for Mental Health in England, 2005), New Zealand (Mental Health Commission, 2012), and Canada (Mental Health Commission of Canada, 2009). From a clinical approach, recovery refers to the reduction of symptoms below the clinical threshold (e.g. Frank et al., 1991). In contrast, in a person-centered approach, recovery refers to "a movement towards health and meaning rather than avoidance of symptoms" (Clarke, Oades, & Crowe, 2012, p. 303). Self-management (i.e., daily actions a person takes to manage symptoms and well-being) has been proposed as a crucial pathway to recovery from mental disorders (Slade, 2009). Building on people's engagement in their own well-being and health (Graffigna, Barelo, Libreri, & Bosio, 2014), supporting self-management appears to be an exemplary person-centered practice. However, the notion of self-management mainly derives from the chronic disease literature (Lorig & Holman, 2003; Sterling, von Esenwein, Tucker, Fricks, & Druss, 2010), and its application in mental health recovery research is still limited (see Mueser et al., 2002, for a review in the mental health field). The aim of this study was to examine recovery from mood and anxiety disorders by focusing on the person and his/her active role. The present study constitutes a first exploration of

⁷ As described by Davidson, Tondora, Miller and O'Connell (2015), person-centered services in the mental health field emerged from the patient-centered model of care in the medical domain, for which the 2001 Institute of Medicine Reports made a strong case. The expression "person-centered" is preferred to "patient-centered" throughout this article, as it is more consistent with the aim of these services, i.e., recognizing the person and his/her active role beyond the "patient" status (Davidson et al., 2015). For the same reason, the word "person" (or "client") is preferred to "patient" in the paper.

individual profiles underlying mental health recovery. It highlights different combinations of self-management strategies used by people in relation to recovery indicators. To this end, innovative person-oriented analyses were conducted to discern how self-management and recovery are related at the person level, in contrast to traditional variable-oriented analyses that consider relationships between variables across whole groups of participants (Meyer, Stanley, & Vandenberg, 2013).

4.2.1. Recovery from mood and anxiety disorders

Mood and anxiety disorders are among the most prevalent mental disorders in the world (Kessler et al., 2005; Kessler et al., 2007). In the US, lifetime prevalence has recently been estimated at 17.5% for any mood disorder (major depressive and bipolar disorders) and 31.6% for any anxiety disorder (panic, generalized anxiety, agoraphobia, social phobia, specific phobia, separation anxiety, post-traumatic stress, obsessive-compulsive disorders) (Kessler, Petukhova, Sampson, Zaslavsky, & Wittchen, 2012). In Canada, an estimated 11.6% (point prevalence) of the adult population reported having a mood or anxiety disorder (Public Health Agency of Canada, 2015). Mood and anxiety disorders are often recurrent. The estimated cumulative recurrence rate for major depressive disorder has been estimated at 42.0% at 20 years after remission (Hardeveld, Spijker, de Graaf, Nolen, & Beekman, 2013). Indicative of chronicity, in a study of people living with anxiety disorders, the average time spent in an illness episode represented over 70% of the 12-year study course (Bruce et al., 2005). Mood and anxiety disorders are also highly comorbid. For example, a study with a large nationally representative sample in the Netherlands estimated (12-month prevalence) that 54.3% of people with a mood disorder also had an anxiety disorder, and 33.4% of those with an anxiety disorder also had a mood disorder (de Graaf, Bijl, Smit, Vollebergh, & Spijker, 2002). Given the comorbidity and similitudes between these disorders, “it is sensible to consider them as a single

group,” as argued by the International Society for Affective Disorders⁸, the leading international scientific society in that field.

Mental health recovery from mood and anxiety disorders has usually been defined using a *clinical* approach, i.e., as a reduction of clinical symptoms to below a threshold for a certain period of time, following Frank et al.’s (1991) definition (see review from Fava, Ruini, & Belaise, 2007). However, this pathogenic approach is now being deemed too limited in comparison with how mental health consumers themselves define recovery (Johnson, Gunn, Kokanovic, 2009; McEvoy, Schauman, Mansell, & Morris, 2012; Zimmerman et al., 2006). From their perspective, recovery is better defined as “a deeply personal, unique process of changing one’s attitudes, values, feelings, goals, skills, and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by illness” (Anthony, 1993, p. 527). This *personal* approach to recovery is concordant with the recent field of positive psychology that aims to cultivate human strengths, well-being, and dimensions that make life worth living (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; see Provencher and Keyes, 2010, 2011, 2013).

Personal and clinical approaches to recovery have mainly been examined in distinct streams of research. However, Whitley and Drake (2010) recently proposed a theoretical conceptualization of recovery that encompasses both clinical and personal aspects. Their model postulates five recovery dimensions: clinical (e.g. reduction and control of symptoms), existential (e.g. emotional and spiritual well-being), functional (e.g. employment and education), physical (e.g. diet and exercise) and social (e.g. social support and community integration). Although Whitley and Drake (2010) suggest a list of several measurable outcomes that could be used to explore these

⁸ See <https://www.isad.org.uk>; see also the journal of the association, the Journal of Affective Disorders.

dimensions of recovery, to our knowledge their comprehensive assessment has yet to be fully operationalized.

Provencher and Keyes (2010, 2011, 2013) also proposed a comprehensive model: the Complete Mental Health Recovery model. Based on this model, recovery should be assessed on two indicators. The first is the experience of restoration from mental disorder symptoms; the second is the experience of optimization of positive mental health. The first indicator mostly pertains to the clinical recovery approach, while the second mostly relates to themes from the personal recovery approach (Slade, 2010). Positive mental health is defined as a syndrome composed of several manifestations of well-being (Keyes, 2002), at the emotional (e.g. interest, satisfaction), psychological (e.g. purpose in life, personal growth), and social levels (e.g. social contribution, social integration). Provencher and Keyes' model is based on several psychometric studies using large non-clinical samples showing mental disorder symptoms and positive mental health to be two coexistent dimensions, and not merely the two ends of a single dimension (Keyes, 2005; Keyes & Lopez, 2002; Keyes et al., 2008; Westerhof & Keyes, 2010).

Formed by the intersection of these two dimensions, Provencher and Keyes' (2010, 2011, 2013) model proposes different states of recovery. In partly recovered states, the person shows low symptoms⁹ concomitantly with low positive mental health (state labelled as *languishing* by Keyes & Lopez, 2002) or high symptoms and high positive mental health (labelled as *struggling* with life). In the completely recovered

⁹ In addition to a measure of symptom severity, Provencher and Keyes (2010, 2011, 2013) suggest that a measure of functional impairment should also be included to assess recovery from mental illness, based on the usual practice for schizophrenia. However, in the case of mood and anxiety disorders, the focus of the present article, inclusion of such a measure is not mandatory (e.g. Goldberg et al., 2007; Radhakrishnan et al., 2013). A task force (Rush et al., 2006) has suggested that such a measure is not entirely useful when evaluating clinical recovery, as observed functional impairment may be unrelated to the mental illness under consideration. For this reason, the level of functional impairment is not taken into account as a recovery indicator in the present article.

state, the person shows both low symptoms and high positive mental health (labelled as *flourishing*). In the opposite state, the person is non-recovered on both aspects (labelled as *floundering*). The model also proposes two more states, in which people have a moderate level of positive mental health but are either recovered or not from their symptoms. According to their situation in terms of recovery indicators (symptom severity and positive mental health), individuals are expected to fall into one of these states. However, this classification has never been explored in clinical samples of people with mood and anxiety disorders.

4.2.2. Self-management in mental health recovery

Exploring recovery from a person-centered perspective necessitates considering what people actually do in their pathway toward recovery. Self-management refers to actions people implement day-to-day to manage their symptoms, prevent recurrence, and optimize well-being (Lorig & Holman, 2003). Self-management harnesses people's sense of agency, responsibility, empowerment, and motivation to get better (Barlow, Ellard, Hainsworth, Jones, & Fisher, 2005; Slade, 2009). Self-management support is now recommended in clinical guidelines for mood and anxiety disorders (National Institute for Health and Care Excellence, 2014; Patten et al., 2009; Swinson et al., 2006). Supporting self-management is intended to complement, not to replace, standard psychological and pharmacological treatments (Fournier, Roberge, & Brouillet, 2012). It is a useful approach to complement such evidence-based treatments, which, although efficient, are limited by the fact that not all people respond positively to antidepressants or psychotherapy (Berlim, Tovar-Perdomo, & Fleck, 2015; Bystritsky, 2006; Lanouette & Stein, 2010), and that several of them relapse (Boland & Keller, 2009; Boschen, Neumann, & Waters, 2009) or must deal with incapacitating residual symptoms (Fava et al., 2007; Kaya, Aydemir, & Selcuki, 2007).

The value of self-management for coping with physical chronic illness such as diabetes and asthma has been well established (Barlow, Wright, Sheasby, Turner, & Hainsworth, 2002). This is in line with a prolific stream of theoretical and empirical work in medicine on the broader concepts of engagement and active involvement in one's own health and care (see review from Menichetti, Libreri, Lozza, & Graffigna, 2014). While similar to self-management, health engagement has recently been proposed as an umbrella term (Graffigna, Barelo, & Triberti, 2015) representing a multidimensional process that includes not only behaviors (Gruman et al., 2010) but also the person's cognitions and emotions regarding his/her health (Graffigna et al., 2014). These dimensions can be considered at different levels of the person's systemic context (e.g. individual, organizational, societal; Carman et al., 2013).

In contrast, self-management is more specific, as it focuses on strategies (behaviors) that the person enacts, considered as one positive outcome of the engagement process (see review from Graffigna, Barelo, & Triberti, 2015), while patient activation focuses on the knowledge, skills, and confidence for performing such strategies (Hibbard & Mahoney, 2010). Notions of engagement and activation have received only limited attention in the mental health field or in psychology (Kukla, Salyers, & Lysaker, 2013; Menichetti et al., 2014; Moljord et al., 2015; Sacks, Greene, Hibbard, & Overton, 2014). Similarly, research and interventions on self-management are less frequent in the context of mental disorders than in medicine (Cook et al., 2009; Lorig, Ritter, Pifer, & Werner, 2014). In the present article, while the center of attention is self-management, the findings also have the potential to contribute to the incipient knowledge base on the application of these related concepts to the field of mental health.

Self-management strategies implemented by people with mood and anxiety disorders have rarely been studied, with the exception of a few recent qualitative studies

(Chambers et al., 2015; Murray et al., 2011; van Grieken, Kirkenier, Koeter, Nabitz, & Schene, 2015; van Grieken, Kirkenier, Koeter, & Schene, 2014; Villaggi et al., 2015). Participants have reported a wide variety of strategies focused on reducing and preventing symptoms (e.g. mood monitoring, obtaining mental health services), as well as other strategies to promote positive mental health (e.g. meditating, socializing). In the study from Villaggi and his colleagues (2015), participants with depressive, bipolar, and anxiety disorders reported overall similar strategies, suggesting that a transdiagnostic approach to self-management is appropriate.

Based on this qualitative study (Villaggi et al., 2015), our research team developed the Mental Health Self-management Questionnaire (MHSQ), the first instrument to provide a quantitative indicator of the frequency with which people use a diversity of strategies (Coulombe et al., 2015). The validation study revealed three distinct types of self-management strategies: a) clinical (getting help and using resources, e.g. taking medication, consulting a professional); b) empowerment (building upon strengths and positive self-concept to gain control, e.g. acknowledging one's successes, arranging one's schedule around one's capabilities); and c) vitality (having an active and healthy lifestyle, e.g. practicing sports, maintaining healthy eating habits).

In our cross-sectional validation study of the MHSQ (Coulombe et al., 2015), positive mental health was associated positively with empowerment and vitality strategies but unrelated to clinical ones. Depressive and anxiety symptom severity indicators were found to be negatively related to empowerment and vitality strategies. However, symptom severity was positively related to clinical self-management. This was interpreted as suggesting that participants with more severe symptoms may have focused on using clinical strategies, given their acute needs in that regard. Indeed, people with severe symptoms have been shown to be more likely to use health

services (Hämäläinen, Isometsä, Sihvo, Pirkola, & Kiviruusu, 2008), one of the so-called clinical strategies. In contrast, people with less severe symptoms may have been more likely to use empowerment and vitality strategies, since they had probably reached a different state of recovery and now faced the task of increasing their positive mental health (Provencher & Keyes, 2011). These interpretative hypotheses illustrate the need for further studies to disentangle the complex relationships between self-management and recovery indicators.

4.2.3. The value of person-oriented statistical analysis

As people have been shown to use their personal “recipe” of self-management strategies (Chambers et al., 2015; Villaggi et al., 2015), it is important to go beyond the group level when exploring self-management and recovery. Given the variety of self-management strategies and possible situations in terms of recovery indicators (i.e., forming six different states according to Provencher and Keyes, 2010, 2011, 2013), it is pertinent to ask how these all vary together, and whether, across individuals, there are diverse profiles of interrelationships among these variables. Exploring such profiles quantitatively calls for person-oriented analyses. In contrast to the variable-oriented approach (e.g. correlational analysis), person-oriented analysis (e.g. cluster analysis, latent profile analysis) allows variables to be related differently across the people in the sample (Meyer et al., 2013). The individual is seen as a system of variables that “can combine in various ways that have implications for how they are experienced and relate to other variables of interest” (Meyer et al., 2013, p. 191). Person-oriented analyses are intended to provide a holistic perspective, offering a richer source of information for person-centered services (Cloninger, 2013). One person-oriented analysis that is gaining in popularity is latent profile analysis (LPA), which provides a way to uncover unobserved (i.e., latent) profiles of participants showing distinctive patterns of interaction among

continuous variables. In LPA, the number of profiles is selected based on the estimation and comparison of statistical models, allowing for more objectivity than other procedures, such as cluster analysis (DiStefano & Kamphaus, 2006; Morin, Morizot, Boudrias, & Madore, 2011; Pastor, Barron, Miller, & Davis, 2007).

Once these profiles underlying mental health recovery are identified, it is possible to explore the background characteristics (on clinical and sociodemographic variables) associated with each profile. Notably, although evidence is still scarce, people might show different profiles depending on their diagnoses. A recent study (Vermeulen-Smit, Ten Have, Van Laar, & de Graaf, 2015) suggests that having a depressive or anxiety disorder is associated with lower probability of endorsing a healthy lifestyle (i.e., vitality self-management strategies), while this is not the case with bipolar disorder. Treatments currently in progress are another factor to consider. People with more severe symptoms could be more likely to receive mental health services (Hämäläinen et al., 2008) and concomitantly to display a profile characterized by the use of self-management strategies focused on symptoms (Coulombe et al., 2015).

Sociodemographic variables are also important. Recovery- and person-centered policies and research emphasize the importance of holistic approaches that take into account social determinants of health, such as gender, income, and marital status (Cloninger et al., 2014; Commonwealth of Australia, 2013; Jayadevappa & Chhatre, 2011; Weisser, Morrow, & Jamer, 2011). Nevertheless, in their review, Weisser et al. (2011) concluded that recovery has mainly been studied as “an individual journey”, so the existent literature “falls short on an analysis of the role of gender and other social and structural inequities in mental health problems” (p. 6). For instance, because of their endorsement of traditional masculinity norms, men would probably use fewer self-management strategies, such as seeking professional help (Möller-Leimkühler, 2002). Also, having a life partner is associated with increased adherence

to health recommendations, possibly because of the social support offered by a life partner (e.g. Trivedi, Ayotte, Edelman, & Bosworth, 2008). Finally, being from a low-income background is associated with less health engagement (Greene & Hibbard, 2012), as there are economic barriers to self-management (Henderson, Wilson, Roberts, Munt, & Crotty, 2014). Despite the formative evidence, background factors have never been examined specifically in relation to self-management and to clinical and personal recovery.

As stated by Morin, Morizot et al. (2011, p. 61), “the advantages of LPA do not offset the need to assess the construct validity of the classification.” Profiles are considered valid to the extent that their pattern of association with criterion variables is consistent with theoretical expectations (Bauer & Curran, 2004; Morin, Morizot et al., 2011). Thus, the associations of recovery profiles with meaningful criterion variables need to be examined. In the present study, four were selected: personal goal appraisal, social participation, self-care abilities, and coping.

Personal goals constitute a pervasive theme in the recovery literature (Andresen, Oades, & Caputi, 2003). Empirical research has consistently related mental health indicators to positive appraisal of one’s personal goals, in terms, for example, of how important they are or how effective one is at achieving them (Little, 2007). Negative goal appraisal has been related to depression, anxiety, and hypomania (Dickson, Moberly, & Kinderman, 2011; Lecci, Karoly, Briggs, & Kuhn, 1994; Meyer, Beevers, & Johnson, 2004). Getting and seizing opportunities for *social participation* have also been highlighted as important components in recovery (e.g. Noordsy et al., 2002; Onken, Craig, Ridgway, Ralph & Cook, 2007; see Provencher and Keyes, 2011). For people in recovery, regaining some of their previous social roles and engaging in new ones can give meaning to their life (Mezzina et al., 2006). *Self-care abilities* refer to people’s knowledge and competence concerning activities they need

to perform for their health (Britz & Dunn, 2010; Seed & Torkelson, 2012). These are foundational skills for effective self-management. Similarly, the way people cope with illness has been related to psychological adjustment (Roesch & Weiner, 2001). In this context, *coping* refers to people's adaptive (e.g. planning, seeking support) and maladaptive (e.g. denial, substance use) efforts to deal with the stress associated with their disorder (Meyer, 2001; Roesch & Weiner, 2001).

Self-management and recovery indicators, being comprehensive variables, were chosen as the key parameters driving the profile exploration in the present study. In contrast, personal goal appraisal, social participation, self-care abilities, and coping are more specific notions. These are nevertheless interesting to consider as criterion variables, given their importance in recovery theories and findings. However, because the profiles have never been explored before, their precise nature is still unknown; thus it would be premature to propose specific hypotheses concerning their associations with the criterion variables (Morin, Morizot et al., 2011).

4.2.4. Objectives

The aim of this study was to explore person-centered recovery profiles presented by individuals who reported having received a diagnosis of mood and anxiety disorders. The first objective was to identify and draw the general portrait of the distinct profiles concerning individuals' use of self-management strategies (clinical, empowerment, and vitality) and scores on recovery indicators (symptom severity and positive mental health). The second objective was to describe the profiles by exploring their associations with a) the frequency of use of specific self-management strategies and b) background characteristics (clinical and sociodemographic variables). The third objective was to verify the construct validity of the profiles by examining their pattern of association with criterion variables.

4.3. Material and methods

4.3.1. Procedure

The present study was part of a larger research project to validate the Mental Health Self-management Questionnaire (MHSQ, see section 4.3.2.1). Validation results have been published elsewhere (Coulombe et al., 2015). Using data from that study, the present paper is distinct by virtue of its different analytical strategy (person-oriented analysis) and its consideration of an array of variables (e.g. gender, low income, personal goals, etc.) that were not treated in the validation article. The study was approved by the institutional research ethics board for research involving human participants at Université du Québec à Montréal, Canada.

4.3.1.1. Recruitment

Thirteen community organizations in Quebec (Canada) and France were asked to send an email invitation to members of their mailing list and to advertise the study on their website. An invitation was also published in a Montreal (Canada) free newspaper. The invitation included a URL link for participants to complete the study online. After reading and consenting to an online consent form, participants answered self-reported preliminary questions to verify their eligibility. Participants had to be at least 18 years old; understand written French; have received a diagnosis of anxiety, depressive and/or bipolar disorder(s) at least one year prior to responding; and be in treatment or have been treated (with psychotherapy and/or pharmacotherapy) for the disorder(s). The “time since diagnosis” criterion was intended to ensure the person had had sufficient time to implement self-management strategies. Pregnant women or those who had given birth in the previous year were excluded, given that the recovery process is different in these situations (Hendrick, Altshuler, Strouse, & Grosser, 2000). To prevent symptom exacerbation due to filling out the questionnaire, people

scoring high on symptom measures (see section 4.3.2.2) were excluded and presented with a list of available help resources. The same list was presented to all participants after questionnaire completion. The questionnaire was filled out on a secured online survey platform.

4.3.1.2. Participants

The final sample was composed of 149 participants. The detailed sample description has been published in the MHSQ validation paper (Coulombe et al., 2015). The majority of participants reported having been diagnosed with a depressive disorder (55.7%), while self-reported anxiety (36.9%) and bipolar (36.2%) disorders were less prevalent. In terms of comorbidity, around one-quarter (26.8%) reported having been diagnosed with more than one of these disorders. Based on the scores on the depression severity measure (see section 4.3.2.2; Kroenke & Spitzer, 2002), at the time of the study, 34.2% of the participants reported moderate symptoms, 30.2% mild symptoms, and 35.6% less than mild symptoms. Based on the scores on the anxiety severity measure (Spitzer, Kroenke, Williams, & Löwe, 2006), 26.2% reported moderate symptoms, 26.8% mild symptoms, and 47.0% less than mild symptoms. The vast majority reported they had been undergoing pharmacotherapy (85.2%) in the past month, and less than half of the sample was currently undergoing psychotherapy (40.3%). Participants were mostly female (80.1%) and were on average 41.5 years old ($SD = 12.2$; from 18 to 71). Most reported being from Canada or having immigrated there (91.9%). The sample was very educated: 60.4% had a university degree, which is much higher than the Canadian figure (30.8%, Statistics Canada, 2013). The remaining participants either had a vocational (9.0%) or a college (pre-university) degree (21.5%), or a high school diploma or less (9.0%). About half the participants were married or had a life partner (47.9%) while the other half (52.1%) were single. As explained below (section 2.2.3), low-income status was calculated

only for those from Canada; nearly one-quarter (23.0%) were living under the low-income threshold (Statistics Canada, 2015).

4.3.2. Measures

The questionnaire included the validated French version of the following instruments.

4.3.2.1. Self-management

Self-management was measured using the Mental Health Self-management Questionnaire (MHSQ) developed as part of the larger study (see Table 4.5 for the complete item list). Items were created on the basis of qualitative interviews (Villaggi et al., 2015), and a multidisciplinary expert team helped reduce the number of items and improve wording. As reported in the validation paper (Coulombe et al., 2015), exploratory and confirmatory analyses of data collected from the present sample indicated the presence of three distinct subscales: a) clinical (5 items, e.g. *I look for available resources to help me with my difficulties (websites, organizations, healthcare professionals, books, etc.)*; *I participate in a support or help group to help me manage my difficulties*); b) empowerment (9 items, e.g. *I take my capabilities into account when arranging my schedule*; *I congratulate myself for my successes, large and small*); and c) vitality (4 items, e.g. *I do activities I like to maintain an active lifestyle*; *I engage in sport, physical activity*). For each item, participants were asked to indicate to what extent they had used the strategy during the two previous months, on a scale from 0 (*Never*) to 4 (*Very often*). Each subscale had adequate internal consistency in the present study: $\alpha = 0.69$ for clinical, $\alpha = 0.81$ for empowerment, and $\alpha = 0.75$ for vitality.

4.3.2.2. Recovery indicators

Three recovery indicators were included, two measuring recovery from the clinical perspective (symptom severity) and one from the personal perspective (positive mental health).

The Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9; Kroenke & Spitzer, 2002) was used to assess severity of depressive symptoms. The PHQ-9 requires participants to rate to what extent they had experienced nine symptoms (e.g. *little interest or pleasure in doing things*) during the two previous weeks, on a 4-point frequency scale: 0 (*Not at all*), 1 (*Several days*), 2 (*More than half the days*), and 3 (*Nearly every day*). The Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7; Spitzer et al., 2006) was used to assess severity of anxiety symptoms (e.g. *feeling nervous, anxious, or on edge*) on the same response scale. According to a systematic review (Kroenke, Spitzer, Williams, & Löwe, 2010), the PHQ-9 and GAD-7 have adequate sensitivity and specificity for detecting symptoms of depressive and anxiety disorders and monitoring their severity. Both scales had adequate internal consistency in the current study: $\alpha = 0.85$ for PHQ-9 and $\alpha = 0.86$ for GAD-7. Sums of scores for each scale were used as recovery indicators in the analyses, but also to verify eligibility, with participants presenting severe symptoms (PHQ-9 ≥ 20 ; GAD-7 ≥ 15 ; Kroenke & Spitzer, 2002; Spitzer et al., 2006) being excluded, as explained above. The Altman Self-Rating Mania Scale (ASRMS, Altman, Hedeker, Peterson, & Davis, 1997) was used to exclude participants who potentially were in current mania (ASRMS ≥ 6 ; Altman et al., 1997).

The Mental Health Continuum–Short Form (MHC-SF; Keyes, 2002; Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster, & Keyes, 2011; Salama-Younes, 2011) was used to assess the degree of participants' positive mental health in terms of their experience of 14 well-being manifestations, related to positive emotions (e.g. *feel*

satisfied with your life), psychological functioning (e.g. *feel that your life has a sense of direction or meaning to it*), and social functioning (e.g. *feel that you belonged to a community*) during the past month. Participants were required to answer on a 6-point frequency scale: 0 (*Never*), 1 (*Once or twice*), 2 (*About once a week*), 3 (*About two or three times a week*), 4 (*Almost every day*), and 5 (*Every day*). The MHC-SF has been shown to be valid and reliable in diverse samples (Keyes et al., 2008; Lamers et al., 2011) and has been successfully used in national surveys (e.g. Canadian Community Health Survey—Mental Health, Statistics Canada, 2012). Results from several studies with large samples (>1000) across the world show that MHC-SF scores are not simply the inverse of mental disorder symptom indicators, as they measure two distinct factors that correlate negatively but only moderately (Keyes et al., 2008; Lamers et al., 2011; Petrillo, Capone, Caso, & Keyes, 2015). Internal consistency was satisfactory ($\alpha = 0.92$) in the present study.

4.3.2.3. Background characteristics

In terms of clinical variables, diagnosis (depressive, anxiety and/or bipolar disorders) and ongoing treatments (undergoing psychotherapy and/or pharmacotherapy) were self-reported as part of the eligibility questions. The questionnaire also included a sociodemographic form including age, gender, education level, marital status, number of people in the household, and household income. Using the last two variables, each participant's status as living or not in a low-income household was determined based on the national cut-off depending on household size (Statistics Canada, 2015). For comparability purposes, only participants from Canada, who made up the vast majority of the sample, were included in the analysis pertaining to low income.

4.3.2.4. Criterion variables

Assessment of participants' personal goal appraisal was based on the Personal Project System Rating Scale (PSRS; Chambers, 2007; Little, 1988; Pychyl & Little, 1998), which was translated into French and adapted for the purposes of the present study. Participants were asked to appraise their goal system (presented as their current goals, activities, commitments, and projects considered on the whole) on a scale from 1 (*Not significant for me*) to 10 (*Very significant for me*) along six dimensions: meaningfulness, manageability, progress, support, stress (reversed), and enjoyment. Cronbach's alpha of the overall scale was satisfactory ($\alpha = 0.82$).

Social participation was measured with the Social Participation Scale (Richard, Gauvin, Gosselin, & Laforest, 2009). The scale assessed to what extent participants had taken part in 10 social activities (e.g. visiting friends or family, shopping, volunteering) in the previous six months, on a 5-point frequency scale: 0 (*Never*), 1 (*Less than once a month*), 2 (*At least once a month*), 3 (*At least once a week*), and 4 (*Almost every day*). Internal consistency was satisfactory ($\alpha = 0.70$).

The Therapeutic Self-Care Scale (Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002; Paradis, 2009) was used to assess participants' perceived self-care abilities. The 12 items were developed for patients living with physical illness, but are also pertinent in a mental health context. The scale measures knowledge and competence with regard to management of the disorder, such as understanding what needs to be done to address one's symptoms, being able to take one's medication (if applicable), etc. Answers were given on a 6-point Likert scale, from 0 (*Not at all*) to 5 (*Completely*). Cronbach's alpha was high ($\alpha = 0.86$).

Use of coping strategies was measured with the Brief COPE (Carver, 1997; Muller & Spitz, 2003), in which participants indicated to what extent they had used 28

strategies to deal with the stress associated with their mental health problem, on a 4-point scale: 0 (*Not at all*), 1 (*A little bit*), 2 (*Moderately*), and 3 (*A lot*). Instead of using the instrument's 14 original subscales, four coping subscales were created to reduce the number of variables in the analysis, following the procedure used by Desbiens and Fillion (2007): emotional (venting and emotional support; $\alpha = 0.80$), behavioral (active coping, planning, and instrumental support; $\alpha = 0.85$), cognitive (acceptance, positive reframing, humor, and religion; $\alpha = 0.77$) and avoidance (substance use, denial, behavioral disengagement, and self-distraction; $\alpha = 0.67$).

4.3.3. Analysis

As a preliminary analysis, bivariate correlations were examined between the main study variables. To achieve the first objective, LPA was then performed using the Robust Maximum Likelihood estimator (MLR) available in the Mplus software v. 7 (Muthén & Muthén, 1998-2010) to identify latent profiles of participants (Morin, 2016; Morin, Morizot et al., 2011), based on participants' scores on the three subscales of self-management strategies and on the three recovery indicators. To ensure the analysis did not converge on a local solution, the estimation process aimed to replicate the solution, using 3,000 sets of random starts and 100 iterations, and retaining the 100 best sets of starting values for final stage optimization¹⁰, following Morin's recommendation (2016). Models with increasing numbers of profiles were compared using a variety of statistical criteria. Lower values of the Akaike Information Criterion (AIC), Consistent AIC (CAIC), Bayesian Information Criterion (BIC) and sample-size adjusted BIC (SSA-BIC) indicated better fit. Tests comparing

¹⁰ We freely estimated means in all profiles. We also tested models in which variance was freely estimated (Morin, Maïano et al., 2011). However, these models were not retained given that their solutions failed to be sufficiently replicated or that they converged on improper solutions (negative variance). These problems suggest that more parsimonious models (in which variance is constrained to be equal across profiles) were more appropriate (Morin, Morizot et al., 2011), as further indicated by their better fit.

each model with the model having one less profile (Vuong-Lo-Mendell-Rubin Likelihood Ratio, VLMR; Adjusted Lo-Mendell-Rubin Likelihood Ratio, ALMR; and Bootstrap Likelihood Ratio Test, BLRT) were also considered: significant p-values for these tests indicated that the model with more profiles was more adequate. Models including profiles in which fewer than 5% of the participants are classified should be rejected (Hamza & Willoughby, 2013). Finally, although entropy (which varies from 0 to 1) cannot be used to identify the optimal number of latent profiles in the data, it provides useful information regarding the accuracy of the participants' classification into the various latent profiles, with higher levels being indicative of less classification error (Morin, 2016; Tein, Coxé, & Cham, 2013).

Once the number of profiles was selected, each profile's standardized means on the self-management subscales and recovery indicators were graphed and compared with the overall sample mean. The profiles were also compared to one another on these variables, by re-running the LPA in Mplus, but adding an auxiliary command named "auxiliary (e)", which provides equality of means tests across profiles. Introduction of variables using such a command does not have an impact on the nature of the profiles (Morin, Morizot et al., 2011). Using an auxiliary command has recently been presented as one of the best ways of studying the association between variables and latent profiles (Asparouhov & Muthén, 2014b; Feingold, Tiberio, & Capaldi, 2014). It recognizes classification uncertainty, and thus each participant is correctly considered as having a degree of probability of being a member of every profile (Bolck, Croon, & Hagenaars, 2004; Morin, 2016). For pragmatic purposes, as an additional analysis that could facilitate interpretation for practitioners, we performed an analysis in which participants were classified into only one of the profiles based on their *Most Likely Latent Profile Membership*. Each self-management subscale and recovery indicator was dichotomized into high and low scores, using the documented clinical cut-off when available (for symptom severity) or, when not available, by

splitting the variable at the nearest score above the overall mean. The distributions of high (vs. low) scores were then compared across profiles with chi-square using SPSS software v. 22. Despite the fact that this involves a certain loss of information compared to the auxiliary command, this supplementary analysis is particularly informative for transposing our results to clinical settings, in which practitioners will find useful to have a clear portrait of clients that would be assigned to each profile.

To achieve the second objective (part a), scores on individual items of the self-management questionnaire were compared across the profiles. To do so, the LPA was re-run in Mplus, but this time variables corresponding to the individual self-management items were integrated using another auxiliary command, named BCH, designed for such purposes (Asparouhov & Muthén, 2014a). This tested equality of means across profiles for each self-management strategy.

To achieve the second objective (part b), associations between profiles and participants' background characteristics (clinical and sociodemographic variables) were examined by introducing these characteristics using the auxiliary BCH command for continuous variables (in our case, only the age variable) and another similar command, named DCAT, designed for categorical variables (all the variables other than age) (Asparouhov & Muthén, 2014a). The DCAT command provides a between-profiles comparison of the estimated probability of each characteristic.

To achieve the third objective, associations between profiles and criterion variables were examined with the BCH command (Asparouhov & Muthén, 2014a) to test equality of means across profiles on criterion variables.

4.3.4. Data preparation

Table 4.1 shows descriptive statistics for self-management subscales and recovery indicators. As shown in this table, only a small proportion of missing values were observed for these variables (between 0.0% to 2.0%). The same was found for background characteristics (between 0.0% to 4.7%) as well as criterion variables (between 0.0% and 0.7%). For deriving the latent profiles, which was the analysis at the core of the study, models were estimated in Mplus using a full information maximum likelihood (FIML) method. This method does not require deletion of cases with missing data but instead uses the information available from all the participants (Schlomer, Bauman, & Card, 2010). This has proved to be the most robust approach for dealing with missing values without deleting cases (Newman, 2014). For the analysis performed in SPSS, deletion of cases with missing values was used. This deletion should have a negligible impact, given the very low percentage (<5%) of missing values (De Vaus, 2002; Tabachnick & Fidell, 2013).

4.4. Results

4.4.1. Exploring the overall bivariate relationships of self-management and recovery indicators

As shown in Table 4.1, the three types of self-management strategies were positively related (correlations either significant or marginally significant). With regard to the recovery indicators, positive mental health had a negative relationship with both depression and anxiety symptom severity. Supporting the discriminant validity of the measures, the confidence interval of the correlation coefficients of positive mental health with depression and anxiety symptom severity did not include 1 (Cheng, 2011). The same observation applied for depression and anxiety symptom severity, which were positively related, but the confidence intervals also did not include 1. As

for the association between self-management strategies and recovery indicators, clinical strategies were positively related to depression and anxiety symptom severity, but not to positive mental health. Empowerment and vitality strategies were both negatively associated with depression and anxiety symptom severity and positively associated with positive mental health.

4.4.2. Identifying the number of latent profiles and drawing their general portrait

LPA was performed using clinical, empowerment, and vitality self-management strategies, as well as depression severity, anxiety severity, and positive mental health as recovery indicators. The analysis was performed multiple times, each time increasing the requested number of profiles. As shown in Table 4.2, in each case, all the profiles contained more than 5% of participants (Hamza & Willoughby, 2013). P-value of the BLRT test suggested that adding profiles was necessary up to seven profiles. Values for AIC and SSA-BIC were increasingly lower, suggesting better fit as the number of profiles increased. A graphical examination (elbow plot, Morin, 2016) of the evolution of these indicators showed that the slope flattened after four profiles (with only minimal decrease with more profiles subsequently). BIC and CAIC were lowest for the four-profile model. However, according to the VLMR and ALMR, models with more than three profiles were not necessary. Given this pattern of indices, the three-profile and four-profile models were both examined. Three profiles from these two models showed a very similar pattern in terms of self-management and recovery indicators. The only difference was the fourth profile of the four-profile model. This profile did not add substantive meaning (i.e., scores were moderate on all indicators, which is not particularly relevant in terms of Provencher and Keyes' theory). For the sake of parsimony and because of its greater theoretical conformity, the three-profile model was thus selected as the final one. The entropy value was high. Table 4.3 shows the classification quality was satisfactory, with high

probabilities of participants' belonging in the assigned profile (between 0.92 and 0.97) and low cross-probabilities (between 0.01 and 0.07).

Figure 4.1 shows the standardized means of participants in each profile on the variables used in the LPA. Table 4.4 presents results from the equality of means and chi-square tests comparing the profiles to one another on these variables. Based on the overall pattern of these results, a summary label inspired by Keyes and Lopez's (2002) classification was assigned to each profile, which admittedly could not fully convey, in just a few words, the recovery dynamics underlying each profile.

Table 4.1. Correlations between the main study variables and descriptive statistics (N=146-149)

Variables	<i>r</i> (95% CI) ^a					
	1.	2.	3.	4.	5.	6.
1. Clinical self-management	-					
2. Empowerment self-management	.15 ^t (-.02, .31)	-				
3. Vitality self-management	.16 ^t (-.02, .31)	.37*** (.21, .52)	-			
4. Depression symptom severity	.21** (.08, .34)	-.34*** (-.48, -.19)	-.30*** (-.45, -.17)	-		
5. Anxiety symptom severity	.20* (.01, .35)	-.21** (-.38, -.03)	-.23** (-.40, -.06)	.70*** (.61, .78)	-	
6. Positive mental health	-.03 (-.16, .12)	.59*** (.46, .69)	.41*** (.24, .54)	-.65*** (-.74, -.56)	-.45*** (-.58, -.30)	-
<i>M</i>	2.32	2.39	2.10	7.70	5.64	2.65
<i>S.D.</i>	0.85	0.68	0.88	5.47	4.40	1.03
Skewness	-0.41	0.14	0.18	0.34	0.40	-0.04
Kurtosis	-0.18	-0.63	-0.68	-1.05	-1.08	-0.90
Missing	0.00%	2.01%	0.67%	0.00%	0.00%	0.00%

Note. Total sample size varies between 146 and 149 due to missing data on some variables.

^a Bias-corrected accelerated confidence intervals based on N=1000 bootstrap samples.

*** $p \leq 0.001$, ** $p \leq 0.01$, * $p \leq 0.05$, ^t $p \leq 0.10$

Table 4.2. Fit of the compared latent profile models with increasing numbers of profiles ($N=149$)

Number of profiles (k)	LL	FP	AIC	BIC	CAIC	SSA-BIC	P-value VLMR	P-value ALMR	P-value BLRT	Entropy	<5% of sample
1	-1638.53	12	3301.07	3337.11	3349.11	3299.14	-	-	-	-	No
2	-1532.69	19	3103.39	3160.46	3179.46	3100.33	0.000	0.000	0.000	.87	No
3	-1507.23	26	3066.45	3144.56	3170.56	3062.27	0.020	0.022	0.000	.90	No
4	-1484.83	33	3035.66	3134.79	3167.79	3030.35	0.176	0.186	0.000	.85	No
5	-1472.26	40	3024.52	3144.67	3184.67	3018.08	0.424	0.433	0.010	.86	No
6	-1457.29	47	3008.58	3149.77	3196.77	3001.03	0.382	0.387	0.000	.87	No
7	-1445.78	54	2999.56	3161.77	3215.77	2990.88	0.463	0.469	0.030	.88	No
8	-1433.93	61	2989.86	3173.10	3234.10	2980.05	0.305	0.309	0.070	.89	No

Note. LL = loglikelihood; FP = number of free parameters; AIC = Akaike Information Criteria; BIC = Bayesian Information Criteria; CAIC = Consistent AIC; SSA-BIC = Sample-Size-Adjusted BIC; VLMR = Vuong-Lo-Mendell-Rubin Likelihood Ratio Test for $k-1$ profiles vs. k profiles; ALMR = Adjusted Lo-Mendell-Rubin Likelihood Ratio Test for $k-1$ profiles vs. k profiles; BLRT = Bootstrapped Likelihood Ratio Test for $k-1$ profiles vs. k profiles.

Table 4.3. Average latent profile probabilities for most likely latent profile membership (row) by latent profile (column) ($N=149$)

	Profile 1: Flourishing	Profile 2: Struggling	Profile 3: Flourishing
Profile 1: Flourishing	0.952	.024	.024
Profile 2: Struggling	0.070	.921	.009
Profile 3: Flourishing	0.021	.007	.972

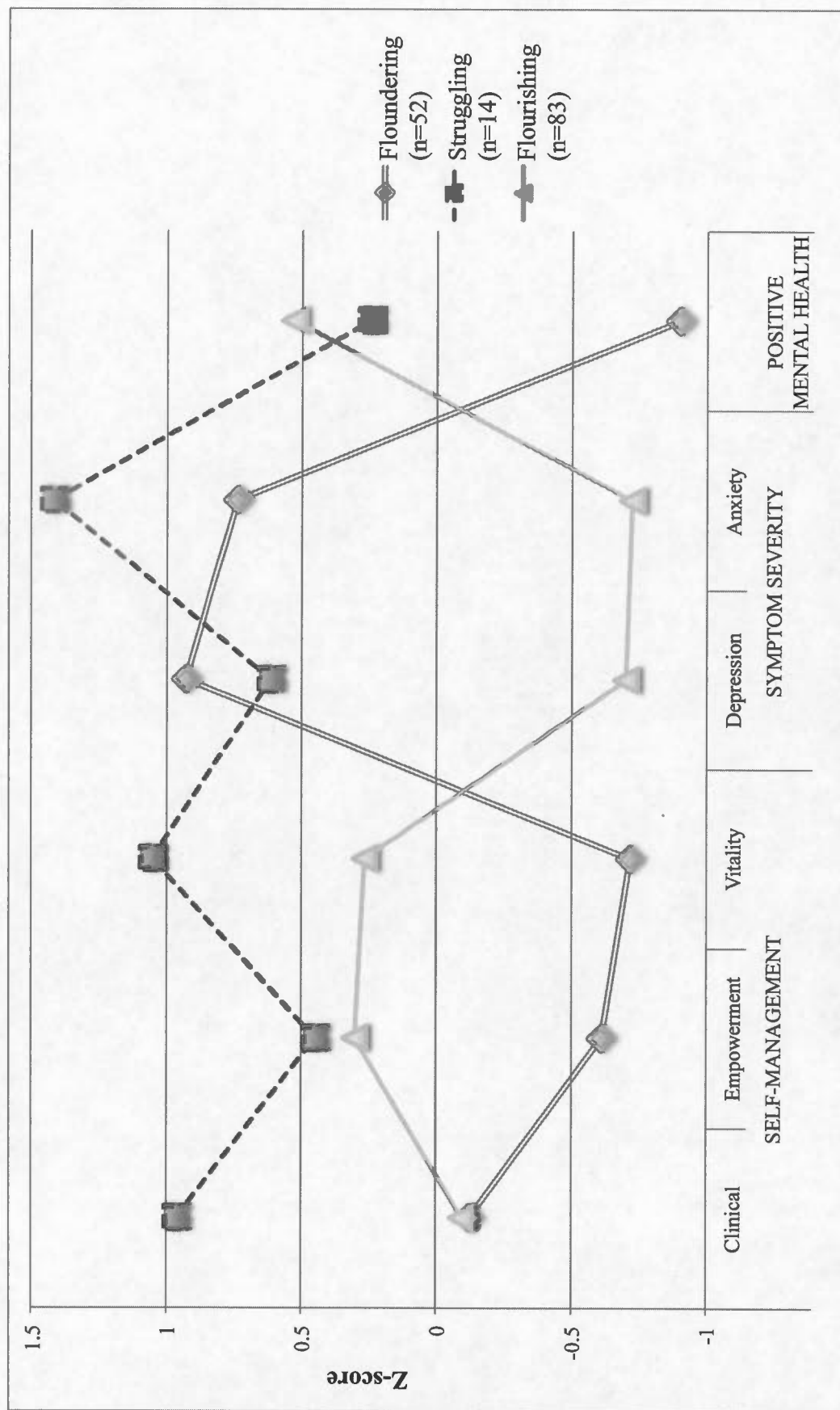


Figure 4.1. Plot of the standardized means of the latent profiles on indicators compared to the overall sample mean ($N=149$)

Table 4.4. Comparison of the latent profiles on the profile variables (continuous) and their dichotomized version

Continuous indicators	Equality of means results ^a			χ^2	Chi-square results ^b			
	Flou- dering M (S.E.)	Strug- gling M (S.E.)	Flou- rishing M (S.E.)		Dichotomized indicators	Flou- dering n (%)	Strug- gling n (%)	Flou- rishing n (%)
Self-management ^c								
Clinical	2.21 _a (0.11)	3.12 _b (0.19)	2.24 _a (0.10)	24.43***	Score ≥ 3 (strategies used often)	8 _a (15.4)	10 _b (71.4)	18 _a (21.7)
Empowerment	1.98 _a (0.08)	2.70 _b (0.18)	2.59 _b (0.07)	31.38***	Score ≥ 3 (strategies used often)	3 _a (5.9)	6 _b (46.2)	26 _b (31.7)
Vitality	1.47 _a (0.10)	3.03 _b (0.20)	2.33 _c (0.09)	66.84***	Score ≥ 3 (strategies used often)	2 _a (3.8)	9 _b (64.3)	25 _c (30.5)
Recovery indicators								
Depression ^d	12.77 _a (0.54)	11.06 _a (1.19)	3.89 _b (0.35)	172.61***	Score ≥ 10 (clinical cut-off)	31 _a (59.6)	14 _b (100.0)	2 _c (2.4)
Anxiety ^e	8.86 _a (0.44)	11.89 _b (0.57)	2.47 _c (0.26)	311.56***	Score ≥ 8 (clinical cut-off)	41 _a (78.8)	8 _b (57.1)	2 _b (2.4)
Positive mental health ^f	1.73 _a (0.10)	2.90 _b (0.22)	3.20 _b (0.09)	102.92***	Score > 3 (positive manifestations about 2 or 3 times/week)	1 _a (1.9)	5 _b (35.7)	54 _b (65.1)

Note. Total sample size varies between 146 and 149 due to missing data on some of the variables.

^a For each indicator, means with different subscripts are different at $p \leq 0.05$ according to equality of means results, and cells in bold highlight the profiles with the highest average scores.

^b Percentages calculated on non-missing data. For each indicator, proportions with different subscripts are different at $p \leq 0.05$ according to post-hoc tests (Bonferroni), and cells in bold highlight the profiles with the highest proportions.

^c Measured with the Mental Health Self-management Questionnaire, scores from 0 (Never) to 4 (Very often).

^d Measured with the Patient Health Questionnaire 9, scores from 0 (None) to 27 (Severe).

^e Measured with the General Anxiety Disorder 7, scores from 0 (None) to 21 (Severe).

^f Measured with the Mental Health Continuum-Short Form, scores from 0 (Never) to 5 (Every day).

*** $p \leq 0.001$

The first profile—those who were *Floundering*, yet trying to manage their symptoms—included 52 participants (34.9%). These had moderately severe depression and anxiety symptoms, as well as the lowest level of positive mental health among the three profiles. More than half scored over the clinical cut-off for moderate depression and anxiety symptoms, and only one participant had a high level of positive mental health. Their use of self-management strategies was overall low to moderate, and empowerment and vitality strategies were used significantly less often than in the other profiles. Less than 10% of participants in this profile used these strategies often or very often. The second profile—*Struggling*, but fully engaged—was comprised of 14 participants (9.4%) and included those who, overall, performed self-management strategies often, and more frequently than those in other profiles for clinical and vitality strategies. Their use of vitality strategies was more than one SD above the overall sample mean. All participants in this profile scored above the clinical cut-off for depression symptom severity. They also reported a higher level of anxiety symptoms compared to the overall sample (more than one SD above the mean). Despite this pattern of symptoms similar to the *Floundering* profile, participants from the *Struggling* profile reported experiencing a higher positive mental health level. The last profile—those well on the way to *Flourishing*—was the most frequent ($n = 83$, 55.7%) and included participants with relatively high levels of self-management, especially empowerment. They had the least severe symptoms of depression and anxiety (less than 3% above the clinical-cut off) compared to other profiles, as well as a high level of positive mental health (65% had high scores).

4.4.3. Describing the specific self-management strategies used in each profile

Profiles were compared regarding use of the 18 specific self-management strategies measured in the questionnaire. As shown in Table 4.5, only two self-management strategies were used to the same extent by people in the different profiles:

participating in a support or help group (low frequency) and taking medication for one's mental health problem (high frequency). The remaining clinical strategies (looking for available help resources, consulting a professional, and being actively involved in one's follow-up with professionals) were used more frequently, between *often* and *very often*, by people in the *Struggling* profile as compared to the two other profiles. Overall, empowerment strategies were used between *very rarely* or *sometimes* by people in the *Floundering* profile. In contrast, as a general pattern, participants in the *Struggling* and *Flourishing* profiles used these strategies between *sometimes* and *often*. These two profiles used the following empowerment strategies more frequently, compared to *Floundering* participants: trying to solve one's problem one step at a time, trying to recognize relapse signs, focusing one's attention on the present moment, learning to live with one's strengths and weaknesses, trying to love oneself, and finding comfort in people around oneself. Finally, participants in the *Struggling* profile used all the vitality strategies more frequently (overall between *often* and *very often*) than those in the other profiles: doing activities one enjoys to maintain a healthy lifestyle, engaging in sports, having healthy eating habits, and doing relaxation exercises.

Table 4.5. Comparisons of latent profiles on the frequency of use of self-management strategies

Items from the Mental Health Self-management Questionnaire	Floundering		Struggling		Flourishing	
	<i>M (S.E.)</i>	χ^2	<i>M (S.E.)</i>	χ^2	<i>M (S.E.)</i>	χ^2
Clinical self-management						
I look for available resources to help me with my difficulties (websites, organizations, healthcare professionals, books, etc.).	2.23 _a (0.16)		3.69_b (0.19)		2.42 _a (0.13)	39.23***
I consult with a professional (doctor, psychologist, social worker, etc.) concerning my mental health disorder.	2.59 _a (0.18)		3.43_b (0.30)		2.19 _a (0.16)	13.41***
I get actively involved in my follow-up with the healthcare professionals I consult (physician, psychologist, social worker, etc.).	2.22 _a (0.18)		4.00_b (0.11)		2.45 _a (0.16)	96.12***
I participate in a support or help group to help me manage my difficulties.	0.59 (0.15)		1.71 (0.51)		0.68 (0.13)	4.19 n.s.
I take medication for my mental health problem as directed by a healthcare professional.	3.12 (0.22)		3.45 (0.33)		3.50 (0.13)	2.26 n.s.
Empowerment self-management						
I try to solve my problems one step at a time.	2.13 _a (0.14)		2.84_b (0.27)		2.52_b (0.11)	6.73*
I try to recognize the warning signs of a relapse of my mental health disorder.	2.40 _a (0.13)		3.05_b (0.26)		3.01_b (0.11)	12.77**
I learn to differentiate between my mental health problem and myself as a person.	1.83 _a (0.15)		2.01 _{a,b} (0.27)		2.50_b (0.14)	10.56**
I focus my attention on the present moment.	1.83 _a (0.14)		2.47_b (0.26)		2.72_b (0.11)	25.03***
I learn to live with my strengths and weaknesses.	2.08 _a (0.13)		3.08_b (0.21)		2.82_b (0.10)	23.18***
I congratulate myself for my successes, large and small.	1.73 _a (0.16)		2.44 _{a,b} (0.35)		2.43_b (0.13)	11.83**
I try to love myself as I am.	1.73 _a (0.13)		2.57_b (0.28)		2.65_b (0.11)	30.41***
I take my capabilities into account when arranging my schedule.	1.97 _a (0.17)		2.67 _{a,b} (0.41)		2.42_b (0.12)	5.19 ^t
I find comfort, I feel listened by people around me.	1.92 _a (0.14)		3.01_b (0.32)		2.42_b (0.12)	12.06**
Vitality self-management						
I do activities I like to maintain an active lifestyle.	1.36 _a (0.12)		3.31_b (0.27)		2.49 _c (0.12)	64.43***
I engage in sport, physical activity.	1.02 _a (0.15)		3.41_b (0.22)		2.19 _c (0.15)	84.06***
I have healthy eating habits.	2.06 _a (0.13)		3.54_b (0.19)		2.99 _c (0.10)	49.51***
I do exercises to relax (yoga, tai-chi, breathing techniques, etc.).	1.12 _a (0.15)		2.85_b (0.34)		1.72 _c (0.14)	22.05***

Note. Response scale: 0 (*Never*), 1 (*Very rarely*), 2 (*Sometimes*), 3 (*Often*), and 4 (*Very often*). Items were presented to participants in French. The

English version above was produced for informative purpose only using a back-translation approach (Vallerand, 1989). Total sample size varies between 142 and 149 due to missing data on some of the items. In each line, means with different subscripts are different at $p \leq 0.05$, and cells in bold highlight the profiles with the highest average scores. *** $p \leq 0.001$, ** $p \leq 0.01$, * $p \leq 0.05$, ^t $p \leq 0.10$

Table 4.6. Associations between participants' background characteristics and latent profiles

Characteristics	Estimated probability of each characteristic within each profile		χ^2
	Flourishing	Struggling	
Self-reported diagnosis			
Depressive disorder	.69_a	.83_a	13.24***
Anxiety disorder	.53_a	.28 _{a,b}	6.61*
Bipolar disorder	.21 _a	.30_{a,b}	10.32**
Comorbidity between depressive, anxiety and/or bipolar disorders	.34	.43	4.78 ^t
Self-reported treatments			
Pharmacotherapy in the last month	.81	.81	1.65 n.s.
Current psychotherapy	.43 _a	.90_b	26.17***
Sociodemographic variables			
Age	$M=40.11; S.E.=1.90$		
Gender (man vs. woman)	.31_a	$M=44.61; S.E.=3.26$	1.37 n.s.
Education level (university vs. lower)	.53	.06 _b	5.07 ^t
Low income (yes vs. no)	.39_a	.14 _b	2.40 n.s.
Single (yes vs. no)	.76_a	.43_{a,b}	7.45*
			16.04***

Note. For the low-income variable, only participants from Canada were included, given that this variable was created only for this subgroup. Thus, probabilities were calculated on available data (total sample size varies between 135 and 149 depending on the characteristic considered). In case of a significant chi-square, for each indicator, probabilities with different subscripts are different at $p \leq 0.05$, and the cells in bold highlight the profiles with the highest probability.

*** $p \leq 0.001$, ** $p \leq 0.01$, * $p \leq 0.05$, ^t $p \leq 0.10$

4.4.4. Characterizing the participants in each latent profile

Table 4.6 presents the profiles' associations with the participants' background characteristics. Probability of self-reporting a depression diagnosis was higher for the *Floundering* or *Struggling* profiles than for the *Flourishing* profile. Probability of self-reporting an anxiety disorder diagnosis was higher for the *Floundering* profile than for the *Flourishing* profile. Probability of self-reporting a bipolar disorder diagnosis was higher for the *Flourishing* profile than for the *Floundering* profile. Being currently involved in psychotherapy was more likely for the *Struggling* profile than for the two other profiles. Probability of being a man was higher in the *Floundering* profile than the other two profiles. Probability of living in a low-income household and probability of being single were higher for the *Floundering* profile than for the *Flourishing* profile.

4.4.5. Verifying the associations of profiles with criterion variables

As shown in Table 4.7, people in the *Struggling* and *Flourishing* profiles appraised their personal goals more positively and reported participating more frequently in society, compared to those in the *Floundering* profile. They also reported having more developed self-care abilities and using more adaptive coping (behavioral and cognitive) to deal with the stress associated with their mental health problem. This is consistent with these people's higher levels of positive mental health and engagement in self-management strategies. Also converging with the fact that the highest level of self-management was found in the *Struggling* profile, this profile had among the highest scores for all coping types. Interestingly, the *Struggling* and the *Floundering* profiles scored as high for avoidance coping. Their scores indicated a relatively low frequency of this type of coping, but nevertheless higher than in the *Flourishing*

profile. This shared aspect of the *Floundering* and *Struggling* profiles, in terms of the use of this maladaptive coping style, is consistent with the fact that both profiles presented more severe symptoms.

Table 4.7. Comparisons of latent profiles on criterion variables

Criterion variables	Floundering <i>M (S.E.)</i>	Struggling <i>M (S.E.)</i>	Flourishing <i>M (S.E.)</i>	χ^2
Personal goal appraisal ^a	4.58 _a (0.25)	6.99_b (0.37)	7.16_b (0.14)	80.01***
Social participation ^b	1.00 _a (0.06)	1.71_b (0.18)	1.50_b (0.06)	37.16***
Self-care abilities ^c	3.50 _a (0.11)	4.17_b (0.14)	4.41_b (0.06)	55.28***
Coping ^d				
Emotional coping	1.86 _a (0.10)	2.59_b (0.15)	2.13 _c (0.08)	15.66***
Behavioral coping	1.47 _a (0.10)	2.32_b (0.18)	2.12_b (0.08)	29.86***
Cognitive coping	0.88 _a (0.07)	1.45_b (0.07)	1.50_b (0.06)	51.12***
Avoidance coping ^d	1.02_a (0.07)	0.94_a (0.13)	0.66 _b (0.06)	16.41***

Note. Total sample size varies between 148 and 149 due to missing data on a criterion variable. In each line, means with different subscripts are different at $p \leq 0.05$, and cells in bold highlight the profiles with the highest average scores.

^a Measured with the Personal Project System Rating Scale, scores from 1 (*Very negative*) to 10 (*Very positive*).

^b Measured with the Social Participation Scale, scores from 0 (*Never*) to 4 (*Almost every day*).

^c Measured with the Therapeutic Self-Care Scale, scores from 0 (*Not at all*) to 5 (*Completely*).

^d Measured with the Brief COPE, scores from 0 (*Not at all*) to 3 (*A lot*).

*** $p \leq 0.001$

4.5. Discussion

In line with the shift of mental health services towards a person-centered approach (Corrigan, 2015), the present study explored for the first time individual recovery profiles. The results suggest three such profiles underlying the engagement of people with mental disorders in their recovery. Their pattern of associations with criterion variables (personal goal appraisal, social participation, self-care abilities, coping) was consistent with previous theoretical and empirical work on factors that form the foundation of successful self-management and mental health recovery. In keeping

with the description of these profiles in terms of recovery indicators and self-management strategies, the *Floundering* profile presented the most unfavorable portrait on the criterion variables, while the *Flourishing* profile presented the most favorable portrait, and the in-between *Struggling* profile presented a mostly favorable, yet mixed portrait.

4.5.1. Understanding self-management differently

Although traditional variable-oriented analytical strategies are useful for seeing the big picture of how specific variables relate to each other at the group level, they are insufficient to inform health professionals working from a person-centered perspective (Cloninger, 2013). In contrast, there is a natural fit between the person-centered philosophy of care and person-oriented statistical analysis, because both recognize the person as more than the sum of parts (Laursen, 2015). Nevertheless, person-oriented analysis is still rarely used even to study topics closely related to person-centered care, such as people's engagement in self-management and recovery. Our study illustrates that person-oriented analysis can provide insightful results with the potential to stimulate reflection.

By definition, from a traditional variable-oriented perspective, positive associations would have been expected between self-management and recovery. By extension, it would have been expected that those who were more engaged in strategies to reduce their symptoms (clinical self-management), trying more actively to gain control by harnessing their positive sense of self (empowerment self-management), and adopting a healthier and active lifestyle (vitality self-management) would have had less severe symptoms as well as higher levels of positive mental health. Of the three identified profiles, the *Floundering* and *Flourishing* profiles were overall in line with this reasoning. Participants in the *Floundering* profile used empowerment and vitality

self-management strategies less frequently than did those who were *Flourishing*. As a corollary, people in the former profile scored more negatively on recovery indicators than did those in the latter profile. However, despite their different scores on recovery indicators, people in both profiles reported using clinical strategies to the same extent (only moderately) as part of their self-management “recipe”. This provides evidence that the relationship between self-management and recovery indicators is not as straightforward as might be thought, at least when studied from a cross-sectional perspective.

In that same vein, a surprising result was seen in the *Struggling* profile, where respondents reported high self-management co-existing with moderately severe symptoms. People in this profile were the most activated and were involved in a diverse combination of frequently used clinical, empowerment, and vitality self-management strategies. They were also more likely to be currently involved in psychotherapy, potentially indicating or resulting from their higher engagement (see review from Kreyenbuhl, Nossel, & Dixon, 2009, on engagement and treatment). Their symptoms were among the most severe observed across the different profiles, suggesting that a high level of engagement, even in clinical strategies specifically targeting symptoms, is not necessarily associated with reduced symptomatology. Indeed, these participants had on average the most severe anxiety levels and used avoidance coping strategies (i.e., substance use, denial, behavioral disengagement) to the same extent as did *Floundering* participants. Even though *Struggling* participants’ score on the use of such maladaptive coping strategies was low, it was nevertheless similar to levels observed in studies with other clinical samples (Meyer, 2001; Nazir & Mohsin, 2013). One of those studies (Meyer, 2001) suggested that the use of maladaptive coping is associated with higher symptom severity. A review of the literature supports the notion that avoidance coping could be associated with relapse, recurrence, and greater time to recovery in mood disorders (Christensen & Kessing,

2005). Over the long term, use of avoidance coping has been shown to generate stress, which can increase symptoms (Holahan, Moos, Holahan, Brennan, & Schutte, 2005).

It is also possible that *Struggling* participants' focus on working through their symptoms elevated their stress level. This would be consistent with literature suggesting that, as part of the health engagement process, people with chronic diseases tend to experience a phase of arousal in which they are hyper-attentive to their symptoms yet are still unable to cope adequately, causing them anxiety (Barello, Graffigna, Vegni, & Bosio, 2014; Graffigna et al., 2014). Taking part in a psychotherapeutic process can also be demanding for a person, especially when using stressful procedures such as exposure (Wills, 2008). The burden associated with self-management can also cause stress (Sav et al., 2013). Seeking to improve one's happiness has been shown to be "a delicate art" that can backfire (Catalino, Algoe, & Fredrickson, 2014, p. 1160). Likewise, our cross-sectional results may suggest that actively seeking to get better and wanting to do the best for one's health might put additional stress on people with mood and anxiety disorder, at least temporarily or in the short term.

An alternative interpretation is that participants in the *Struggling* profile engaged in self-management to deal with their residual symptoms. The literature on depression (the diagnosis most reported in this profile) is clear on the fact that, even when responding successfully to pharmacotherapy or psychotherapy, a significant proportion of people still have to contend with incapacitating residual symptoms (see review from Fava et al., 2007, and by Nierenberg, 2015). Anxiety is one of the most common residual symptoms in depression disorders (D'Avanzato et al., 2013; Fava et al., 2007). From that standpoint, it is possible that *Struggling* participants' symptoms (notably their relatively high anxiety) did not result from their active self-

management, but rather were the very reason why they actively engaged in self-management. These participants' attempts to deal with stressful residual symptoms may also explain their involvement in a diversity of coping strategies, as shown by their elevated coping scores, even on apparently contradictory subscales (e.g. avoidance vs. behavioral coping). As put forward by Folkman and Lazarus (1991), a person may seek and try several, sometimes opposite, ways of dealing with a stressful situation. While persons in this profile may not be reaping the benefits of their coping and self-management efforts in the moment, they might experience less severe symptoms over the longer term. Longitudinal studies exploring how symptom severity and self-management relate to each other over time are needed to verify this.

4.5.2. Supporting and expanding the Complete Mental Health Recovery model

Provencher and Keyes' Complete Mental Health Recovery model (2010, 2011, 2013) was developed on the idea that symptom severity and positive mental health are two distinct dimensions and that their intersections form six states of recovery. This proposition was based on studies in which participants from the general population were artificially classified into different profiles corresponding to these six states (Keyes, 2005, 2007). Our results based on an inductive method of classification (LPA) confirm the existence of some of these profiles, thereby providing general supporting evidence for their model.

The *Flourishing* profile found in the present study resembles the state described by Provencher and Keyes (2010, 2011, 2013) in which the person is recovered in terms of symptom severity and shows a moderately high level of positive mental health. Similarly, the *Floundering* profile mirrors their description of the opposite state (non-recovered from the mental disorder and low positive mental health). Finally, the *Struggling* profile echoes Provencher and Keyes' (2010, 2011, 2013) state of non-

recovery from symptoms concomitant with a moderate level of positive mental health. Although our participants were not numerous in this profile, its existence is supported by the model's adequate fit and the satisfactory classification probabilities. The existence of this profile is essential because it demonstrates the foundational idea that people with important mental health symptoms can nevertheless experience frequent manifestations of well-being that help make their life worth living, as positive psychologists would say (Seligman, Parks & Steen, 2004). Three other states (e.g. recovered from the mental disorder and low positive mental health) proposed by Provencher and Keyes (2010, 2011, 2013) were not found in the present study. However, it is possible that, with a larger sample size, probabilities of observing these would have been augmented. Even in the large general population studies cited above (Keyes, 2005, 2007), such states have been shown to be among the least frequent.

Beyond providing confirmation, the present study complements the Complete Mental Health Recovery model by explicitly incorporating self-management strategies. Provencher and Keyes (2010) recognized people's active role in their recovery and gave examples of strategies that could promote the process. The present study expands on this by providing unprecedented empirical data on the level of self-management engagement shown by people in different profiles of recovery. It also reveals specific self-management strategies that people in each profile tend to combine.

The level of engagement in almost all self-management strategies was lowest for participants in the *Floundering* profile. Although time since onset of their disorder was not collected, this profile relates to the description of people who are in the beginning of the recovery process (Provencher & Keyes, 2010). Researchers have labeled this the "moratorium" stage, characterized by hopelessness and self-protective withdrawal (Andresen et al., 2003; Andresen, Caputi & Oades, 2006). Taking their

medication as prescribed was the only self-management strategy that participants from this profile implemented on a regular basis, which seems consistent with the dependence on external support that distinguishes this beginning stage (Andresen et al., 2006).

People in the *Struggling* profile had the highest level of self-management. Their combination of self-reported strategies was characterized by regular use of help-seeking strategies (e.g. inform oneself about resources, consult with a professional), in line with their higher probability of being involved in psychotherapy and having more severe symptoms (Hämäläinen et al., 2008). They also were keeping themselves physically active and healthy by maintaining a good diet and engaging in sports and relaxation exercises. Among other strategies, they were trying to solve their problems one step at a time and to focus on the present moment. These self-management strategies evoke lifestyles changes, behavioral activation, problem resolution, and mindfulness activities that are suggested or recommended in clinical guidelines (e.g. National Institute for Health and Care Excellence, 2009; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010). Participants in this profile may have been encouraged to use such strategies by a psychotherapist or other health professional they consulted. Given their use of potentially physically energizing strategies, it is not surprising that their level of positive mental health was relatively high, in keeping with a recent qualitative study showing a sense of energy to be a marker of positive mental health in people with mental disorders (Mjøsund et al., 2015). Although such a profile of self-management strategies has not been described explicitly in the literature before, it bears some resemblance to descriptions of recovery stages after the initial “moratorium” (Andresen et al., 2003). In those stages the individual struggles with the mental disorder but, at some turning point, manages to move into action (Davidson & Strauss, 1992; Spaniol & Wewiorski, 2012).

As for those in the *Flourishing* profile, their moderately high self-management scores suggested that, although well on the way to full recovery, they were still very engaged in getting better. Even though taking their medication as prescribed and recognizing relapse signs were important for them, in all likelihood their main focus was not on managing the disorder for itself, but rather for the benefit of optimizing their overall well-being. Provencher and Keyes (2011, p. 64), described people in similar states of recovery: “They look for opportunities to challenge themselves and to reach a sense of serenity and peace of mind. [...] When deficits are still present, individuals are well aware of them and know how to best use them while continuing to grow and to optimize their own potential in the pursuit of challenging goals.” Consistent with this portrayal, the strategies characteristic of the *Flourishing* profile were related to accepting, working around, and transcending difficulties, such as arranging their schedule around their capabilities and congratulating themselves on their successes. This pattern of self-management strategies is consistent with the final stages of the recovery process (“rebuilding” and “growth”), in which people forge a new positive sense of self and develop a feeling of confidence in their abilities to face challenges (Andresen et al., 2003; Andresen et al., 2006).

4.5.3. Bringing background characteristics and recovery inequalities to the foreground

Guidelines for person-centered health services emphasize the importance of culturally sensitive assessment and intervention practices (Adams, Griener, & Corrigan, 2004; Porche, 2013) that are tailored or individualized to the person’s background (Lauver et al., 2002). The present study revealed several background characteristics associated with each profile. Most notably, the least favorable profile (*Floundering*) was characterized by an array of clinical (self-reported depressive or anxiety disorder) and sociodemographic variables (male gender, low income, and singlehood). In contrast,

the most favorable profile (*Flourishing*) was characterized by a different clinical background (self-reported bipolar disorder), as well as the opposite sociodemographic variables (being a female, having sufficient income, and having a life partner). These variables may represent risk and protective factors for practitioners to consider in their holistic comprehension of their clients' situation.

Consistent with a previous study (Vermeulen-Smit et al., 2015) suggesting that anxiety disorders could be associated with a form of unhealthy lifestyle, the *Floundering* profile was the profile most clearly characterized by an overrepresentation of people with a self-reported anxiety disorder, and was the least engaged in vitality self-management strategies. Also of particular interest was the association of the *Floundering* profile with social variables (gender, singlehood, low income), in line with several previous studies in the wider mental health field. For example, several studies have shown singlehood to be related to higher prevalence of depression and anxiety (see Martins et al., 2012). In a recent study of people with a depressive disorder, single marital status at baseline predicted non-recovery in terms of depressive symptoms 11 years later (Markkula et al., 2016), which is congruent with a stream of research concerning the association of marital status with health and health behaviors. This relation could be due to multiple reasons, such as the fact that economic, psychological, and social resources are less accessible to single people (see reviews from Robles, Slatcher, Trombello, & McGinn, 2014, and Robards, Evandrou, Falkingham, & Vlachantoni, 2012). Economic disadvantage is also associated with higher prevalence of depression and anxiety disorders (see Martins et al., 2012). It has been suggested that psychosocial resources helpful for coping effectively with life stressors, such as personal control and social support, may be less available to disadvantaged people (Taylor & Seeman, 1999). People with low incomes are also more likely to face financial barriers to obtaining mental health services (Sareen et al., 2007).

Concerning gender, although anxiety and mood disorders prevalence rates are generally higher in women than in men (Faravelli, Scarpato, Castellini, & Sauro, 2013; see reviews from Piccinelli & Wilkinson, 2000, and Bekker & van Mens-Verhulst, 2007), research has documented several health challenges faced by men, such as lower subjective well-being (Graham & Chattopadhyay, 2013) and higher suicide rates (Nock et al., 2008). Men also tend to have less healthy lifestyles (Von Bothmer & Fridlund, 2005) and to consult less than women in cases of emotional problems, due to their endorsement of traditionally masculine cultural norms (Möller-Leimkühler, 2002). Overall results from the present study expand these previous findings by pointing out potential social inequalities in terms of chances of recovery from mood and anxiety disorders.

4.5.4. Implications for patient-centered interventions

From a person-centered care perspective, people's idiosyncratic recovery profiles (in terms of self-management strategies and recovery indicators) should be considered by professionals who intervene with them. Traditional self-management support interventions usually focus on symptom reduction (e.g. Bilsker & Patterson, 2007; Lorig et al., 2014). Our findings confirmed that people use different combinations of self-management strategies, focusing not only on symptoms, but also on promoting their overall positive mental health. Thus, health professionals should consider the whole diversity of self-management behaviors implemented by their clients. Through a comprehensive investigation, professionals can seize opportunities to build clients' confidence by offering sincere praise for their self-management actions, even small ones, in line with solution-focused principles (Winbolt, 2011).

The low frequency of self-management strategies observed in the *Floundering* profile might warrant discussions with clients in such a profile to identify potential emotional

(e.g. feeling of incompetence) and cognitive (e.g. lack of knowledge) barriers to self-management. Health engagement in the context of chronic illness is intertwined with emotional and cognitive processes (Graffigna & Barelo, 2015; Graffigna, Barelo, Bonanomi, & Lozza, 2015). If done appropriately and respecting the individual's wishes, working through these barriers together could help set the client on a path of increased engagement in self-management, and ultimately into the *Flourishing* profile. To that end, the recently validated Patient Health Engagement Scale (Graffigna, Barelo, Bonanomi, & Lozza, 2015) is a 5-item short scale to help practitioners identify their clients' position in their engagement process, considering the emotional and cognitive components. Discussing this scale's results in the clinical encounter can be useful to stimulate person-centered communication between practitioner and client (Graffigna, Barelo, Bonanomi, & Lozza, 2015). Such a client-practitioner partnership could facilitate engagement in self-management (Trivedi, Lin, & Katon, 2007).

Results from the *Struggling* profile highlight a possibility that anxiety can arise, at least temporarily, from engaging deeply in self-management. Although the level of self-management was not sufficiently high to be deemed excessive in itself in the present study, the existence of this profile raises a yellow flag. In self-management, as in other domains of life, it is possible that excessiveness causes stress and leads to negative outcomes (Witkin, 1985). While being respectful of clients' engagement, professionals could personalize follow-ups to support people in achieving the delicate balance between actively managing their disorder and pursuing other life activities and goals without undue stress.

Our findings suggest that additional efforts should be expended to ensure that mental health services effectively reach and support men, single persons, and those with low incomes in their self-management and recovery. Examples of interventions from the

chronic illness or physical health field can be instructive for this purpose, such as self-management interventions developed for people on low incomes with diabetes (Eakin, Bull, Glasgow, & Mason, 2002), or the Scottish Premier League football clubs, which promote weight reduction in men through a gender-sensitised context, content, and style of delivery (Hunt et al., 2014). In 2014, the Geneva Declaration on Person- and People-centered Integrated Health Care for All was adopted, which encouraged commitment to reducing health inequalities and to making person-centered care available for all (Cloninger et al., 2014). This requires not only adapting professional services to people's profiles, but also committing to social justice and participating in wider efforts aimed at "creating well-being-promoting societies as well as treating illness" (Slade, 2010, p. 9).

4.5.5. Limitations and future research

The present study is limited by its cross-sectional design. The profiles discovered represent static "snapshots" of the recovery experience taken at one moment in time. As recovery is thought to unfold across time, with "setbacks and plateaus along the way" (Farkas, 2007, p. 72), it is possible that the different profiles are experienced at different moments in the recovery process. Capturing time elapsed since the onset of the disorder would have enabled a first examination of this question, but unfortunately it was not measured in this study. Provencher and Keyes (2011) suggested that people transition from one state to another on the pathway towards complete mental health recovery. One can intuitively conceive that the *Flourishing* profile is more likely to be experienced later in the recovery process, while the *Floundering* profile is more likely to be experienced at the beginning of the process. The *Struggling* profile might represent an intermediate state in which the person becomes deeply engaged in self-management, possibly paving the way towards flourishing. It might also be an end-state for some people who need to deal with

residual symptoms over the long run. Such speculations illustrate a set of research questions that have yet to be explored with longitudinal designs.

Although the current sample size appears to be sufficient to conduct LPA according to some suggested guidelines (e.g., Formann, 1984 in Tuma & Decker, 2013; Williams & Kibowski, 2016), it remains limited in terms of generalizability. Our sample size was modest for multivariate statistics like LPA (Mueller et al., 2010), warranting further studies to replicate the findings, especially the existence of the *Struggling* profile, in which only a limited number of participants were classified. If the power was sufficient to detect meaningful differences between profiles, larger sample sizes would make it possible to verify the few associations that were only marginally significant.

Online research provides valid data (Gosling, Vazire, Srivastava, & John, 2004) and makes it possible to reach individuals who are dispersed geographically (Wright, 2006). However, future studies would benefit from using a traditional face-to-face method, allowing the use of structured clinical interviews (e.g. Structured Clinical Interview for DSM Disorders; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 2002) to thoroughly measure participants' clinical symptoms. Such objective symptom assessment could help rule out alternative interpretations for the findings. In the present study, it is possible that people in the *Struggling* profile, being focused on getting better through self-management and psychotherapy, were more conscious of their symptoms and thus biased towards giving higher scores to self-reported severity measures such as the PHQ-9 and GAD-7.

Beyond background characteristics, several other variables possibly related to profiles warrant examination. Notably, while self-management refers mainly to the *actions* involved in taking care of one's health, other cognitive (e.g. knowledge about their

health) and emotional variables (e.g. feelings of confidence) are also likely to be involved and should be considered as potential determinants (Graffigna & Barelo, 2015; Graffigna, Barelo, Bonanomi, & Lozza, 2015). Also, the study did not examine health professionals' (e.g. psychiatrists, psychologists, general practitioners) contribution to self-management and recovery. A recent measure such as the INSPIRE questionnaire (Williams et al., 2015) could be useful in this regard to assess the extent to which professionals support clients in their personal recovery.

4.5.6. Conclusion

Mood and anxiety disorders figure among the 20 leading causes of disability worldwide (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2013). At the heart of person-centered approaches in mental health services (Davidson et al., 2015) lies the principle that people can play an active role in dealing with such incapacitating disorders and in promoting their complete recovery. Yet systematic research-based evidence on self-management and recovery from these disorders is scarce. The present study represents a first thorough quantitative examination of recovery, combining self-management strategies used and recovery indicators.

Although the results need to be replicated, the person-oriented analyses conducted in this study yielded insights for practitioners interested in developing services that are personalized to clients' unique profiles and backgrounds. The list of profiles identified in the study is in no way definitive. Thus, we advise practitioners not to strive to classify their clients into these exact profiles. Rather, we hope the individualized person-centered approach developed in this study can encourage them to adapt their services to their clients' own profiles.

At the theoretical levels, this study integrated notions from different domains of research and interventions, such as the chronic illness, mental health, positive psychology, and patient-centered care literature. We hope the findings will stimulate reflection on how an integrative theoretical framework and innovative methods can provide original empirical information on people's health engagement and how it supports their health and well-being.

4.6. Acknowledgements

We wish to thank the participants for the time invested in the study. We would also like to highlight the invaluable assistance provided by Benoit Martel, Catherine Purenne and Stéphanie Robert.

We are also grateful to the advisory committee and recovery experts who contributed to the design of the study and the questionnaire: David Barbeau, Annie Beaudin, Hélène Brouillet, Bruno Collard, Valérie Coulombe, Pierre Demers, Pierre Doray, Sylvie Dubois, Michel Gilbert, Diane Harvey, François Jetté, Yves Jourdain, Mario Lamarche, Jean Lambert, Normand Lauzon, Brigitte Lavoie, Renée Lavoie, André Martin, Michel Poisson, Jean-Rémy Provost, Lyne Ricard, France Roy, Christiane Royale, Élise St-André, Sarah-Geneviève Trépanier, Martine Thibault and Danielle Tremblay.

Thanks to Dr. Thomas Saïas and the following organizations for their assistance in recruiting participants: Revivre, Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, Association canadienne de santé mentale-filière de Montréal, Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie.

4.7. Funding

This study was supported by a grant for young investigators (Janie Houle) from the Fonds de recherche du Québec – Santé (Grant no. 22194).

4.8. References

- Adams, K., Greiner, A.C., & Corrigan, J. M. (Eds.) (2004). *1st Annual Crossing the Quality Chasm Summit: A focus on communities*. Washington, DC: National Academies Press.
- Altman, E. G., Hedeker, D., Peterson, J. L., & Davis, J. M. (1997). The Altman Self-Rating Mania Scale. *Biological Psychiatry*, 42(10), 948-955. doi: 10.1016/S0006-3223(96)00548-3
- Andresen, R., Caputi, P., & Oades, L. (2006). Stages of recovery instrument: Development of a measure of recovery from serious mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(11-12), 972-980. doi: 10.1080/j.1440-1614.2006.01921.x
- Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 586-594. doi: 10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23. doi:10.1037/h0095655
- Asparouhov, T. & Muthén, B. (2014a). *Auxiliary variables in mixture modeling: Using the BCH method in Mplus to estimate a distal outcome model and an arbitrary secondary model*. Web note 21. Los Angeles, CA: Authors.
- Asparouhov, T. & Muthén, B. (2014b). *Auxiliary variables in mixture modeling: Three-step approaches using Mplus*. Web note 15. Los Angeles, CA: Authors.
- Barello, S., Graffigna, G., Vegni, E., & Bosio, A. C. (2014). The challenges of conceptualizing patient engagement in health care: A lexicographic literature review. *Journal of Participatory Medicine*, 6, e9.
- Barlow, J. H., Ellard, D. R., Hainsworth, J. M., Jones, F. R., & Fisher, A. (2005). A review of self-management interventions for panic disorders, phobias and obsessive-compulsive disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(4), 272-285. doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00499.x
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. *Patient Education and Counseling*, 48(2), 177-187. doi: 10.1016/S0738-3991(02)00032-0

- Bauer, D. J., & Curran, P. J. (2004). The integration of continuous and discrete latent variable models: Potential problems and promising opportunities. *Psychological Methods*, 9(1), 3-29. doi: 10.1037/1082-989X.9.1.3
- Bekker, M. H., & van Mens-Verhulst, J. (2007). Anxiety disorders: Sex differences in prevalence, degree, and background, but gender-neutral treatment. *Gender Medicine*, 4, S178-S193. doi: 10.1016/S1550-8579(07)80057-X
- Berlim, M. T., Tovar-Perdomo, S., & Fleck, M. P. (2015). Treatment-resistant major depressive disorder: Current definitions, epidemiology, and assessment. In A. F. Carvalho & R. S. McIntyre, *Treatment-Resistant Mood Disorders* (pp. 1-12). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Bilsker, D., & Patterson, R. (2007). *Self-care depression program: Antidepressant skills workbook* (2nd ed.). Vancouver, BC: Simon Fraser University & BC Mental Health & Addiction Services.
- Boland, R. J., & Keller, M. B. (2009). Course and outcome of depression. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 23-43). New York, NY: Guilford Press.
- Bolck, A., Croon, M., & Hagenaars, J. (2004). Estimating latent structure models with categorical variables: One-step versus three-step estimators. *Political Analysis*, 12(1), 3-27. doi: 10.1093/pan/mpd001
- Boschen, M. J., Neumann, D. L., & Waters, A. M. (2009). Relapse of successfully treated anxiety and fear: Theoretical issues and recommendations for clinical practice. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(2), 89-100. doi: 10.1080/00048670802607154
- Britz, J. A., & Dunn, K. S. (2010). Self-care and quality of life among patients with heart failure. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22(9), 480-487. doi: 10.1111/j.1745-7599.2010.00538.x
- Bruce, S. E., Yonkers, K. A., Otto, M. W., Eisen, J. L., Weisberg, R. B., Pagano, M., ... & Keller, M. B. (2005). Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: A 12-year prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 162(6), 1179-1187.
- Bystritsky, A. (2006). Treatment-resistant anxiety disorders. *Molecular Psychiatry*, 11(9), 805-814. doi: 10.1038/sj.mp.4001852
- Carman, K. L., Dardess, P., Maurer, M., Sofaer, S., Adams, K., Bechtel, C., & Sweeney, J. (2013). Patient and family engagement: A framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Affairs*, 32(2), 223-231. doi: 10.1377/hlthaff.2012.1133
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief cope. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100. doi: 10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Catalino, L. I., Algae, S. B., & Fredrickson, B. L. (2014). Prioritizing positivity: An effective approach to pursuing happiness? *Emotion*, 14(6), 1155-1161. doi: 10.1037/a0038029

- Chambers, E., Cook, S., Thake, A., Foster, A., Shaw, S., Hutten, R., ... & Ricketts, T. (2015). The self-management of longer-term depression: Learning from the patient, a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 15(172), 1-16. doi: 10.1186/s12888-015-0550-6
- Chambers, N. C. (2007). Just doing it: Affective implications of project phrasing. In B. R. Little, K. Salmela-Aro & S. D. Phillips (Eds.), *Personal project pursuit: Goals, action, and human flourishing* (pp. 145-169). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cheng, S. (2011). Comparisons of competing models between attitudinal loyalty and behavioral loyalty. *International Journal of Business and Social Science*, 2(10), 149-166.
- Christensen, M. V., & Kessing, L. V. (2005). Clinical use of coping in affective disorder, a critical review of the literature. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1, 20. doi: 10.1186/1745-0179-1-20
- Clarke, S., Oades, L. G., & Crowe, T. P. (2012). Recovery in mental health: A movement towards well-being and meaning in contrast to an avoidance of symptoms. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(4), 297-304.
- Cloninger, C. R. (2013). Person-centered Health Promotion in Chronic Disease. *International Journal of Person Centered Medicine*, 3(1), 5-12. doi: 10.5750/ijpcm.v3i1.379
- Cloninger, C. R., Salvador-Carulla, L., Kirmayer, L. J., Schwartz, M. A., Appleyard, J., Goodwin, N., ... & Rawaf, S. (2014). A time for action on health inequities: Foundations of the 2014 Geneva declaration on person- and people-centered integrated health care for all. *International Journal of Person Centered Medicine*, 4(2), 69-89. doi: 10.5750/ijpcm.v4i2.471
- Commonwealth of Australia. (2013). *A national framework for recovery-oriented mental health services: Policy and theory*. Canberra, Australia: Author.
- Cook, J. A., Copeland, M. E., Hamilton, M. M., Jonikas, J. A., Razzano, L. A., Floyd, C. B., ... & Grey, D. D. (2009). Initial outcomes of a mental illness self-management program based on wellness recovery action planning. *Psychiatric Services*, 60(2), 246-249. doi: 10.1176/ps.2009.60.2.246
- Corrigan, P. W. (Ed.) (2015). *Person-centered care for mental illness: The evolution of adherence and self-determination*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Coulombe, S., Radziszewski, S., Trépanier, S. G., Provencher, H., Roberge, P., Hudon, C., ... & Houle, J. (2015). Mental health self-management questionnaire: Development and psychometric properties. *Journal of Affective Disorders*, 181, 41-49. doi: 10.1016/j.jad.2015.04.007
- D'Avanzato, C., Martinez, J., Attiullah, N., Friedman, M., Toba, C., Boerescu, D. A., & Zimmerman, M. (2013). Anxiety symptoms among remitted depressed outpatients: Prevalence and association with quality of life and psychosocial

- functioning. *Journal of Affective Disorders*, 151(1), 401-404. doi: 10.1016/j.jad.2013.06.040
- Davidson, L., & Strauss, J. S. (1992). Sense of self in recovery from severe mental illness. *British Journal of Medical Psychology*, 65(2), 131-145. doi: 10.1111/j.2044-8341.1992.tb01693.x
- Davidson, L., Tondora, J., Miller, R., & O'Connell, M. J. (2015). Person-centered care. In P. W. Corrigan (Ed.), *Person-centered care for mental illness: The evolution of adherence and self-determination* (pp. 81-102). Washington, DC: American Psychological Association.
- de Graaf, R., Bijl, R. V., Smit, F., Vollebergh, W. A., & Spijker, J. (2002). Risk factors for 12-month comorbidity of mood, anxiety, and substance use disorders: Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *American Journal of Psychiatry*, 159(4), 620-629. doi: 10.1176/appi.ajp.162.6.1179
- De Vaus, D. (2002). *Analyzing social science data: 50 key problems in data analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Desbiens, J. F., & Fillion, L. (2007). Coping strategies, emotional outcomes and spiritual quality of life in palliative care nurses. *International Journal of Palliative Nursing*, 13(6), 291-299. doi: 10.12968/ijpn.2007.13.6.23746
- Dickson, J. M., Moberly, N. J., & Kinderman, P. (2011). Depressed people are not less motivated by personal goals but are more pessimistic about attaining them. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(4), 975-980. doi: 10.1037/a0023665
- DiStefano, C., & Kamphaus, R. W. (2006). Investigating subtypes of child development: A comparison of cluster analysis and latent class cluster analysis in typology creation. *Educational and Psychological Measurement*, 66(5), 778-794. doi: 10.1177/0013164405284033
- Doran, D. I., Sidani, S., Keatings, M., & Doidge, D. (2002). An empirical test of the nursing role effectiveness model. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 29-39.
- Eakin, E. G., Bull, S. S., Glasgow, R. E., & Mason, M. (2002). Reaching those most in need: A review of diabetes self-management interventions in disadvantaged populations. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 18(1), 26-35. doi: 10.1002/dmrr.266
- Faravelli, C., Scarpato, M. A., Castellini, G., & Sauro, C. L. (2013). Gender differences in depression and anxiety: The role of age. *Psychiatry Research*, 210(3), 1301-1303. doi: 10.1016/j.psychres.2013.09.027
- Farkas, M. (2007). The vision of recovery today: What it is and what it means for services. *World Psychiatry*, 6(2), 68-74.
- Fava, G. A., Ruini, C., & Belaise, C. (2007). The concept of recovery in major depression. *Psychological Medicine*, 37(03), 307-317. doi: 10.1017/S0033291706008981
- Feingold, A., Tiberio, S. S., & Capaldi, D. M. (2014). New approaches for examining associations with latent categorical variables: Applications to substance abuse

- and aggression. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28(1), 257-267. doi: 10.1037/a0031487
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B.W. (2002). *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition*. New York, NY: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1991). The concept of coping. In A. Monat & R. S. Lazarus (Eds.), *Stress and coping: An anthology* (3rd ed.) (pp. 207-227). New York, NY: Columbia University Press.
- Fournier, L., Roberge, P., & Brouillet, H. (2012) – *Faire face à la dépression au Québec. Protocole de soins à l'intention des intervenants de première ligne [Protocol: Dealing with depression in Quebec]*. Montréal, Qc: Centre de recherche du CHUM.
- Frank, E., Prien, R. F., Jarrett, R. B., Keller, M. B., Kupfer, D. J., Lavori, P. W., ... & Weissman, M. M. (1991). Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder: Remission, recovery, relapse, and recurrence. *Archives of General Psychiatry*, 48(9), 851-855. doi: 10.1001/archpsyc.1991.01810330075011.
- Goldberg, J. F., Perlis, R. H., Ghaemi, S. N., Calabrese, J. R., Bowden, C. L., Wisniewski, S., ... & Thase, M. E. (2007). Adjunctive antidepressant use and symptomatic recovery among bipolar depressed patients with concomitant manic symptoms: Findings from the STEP-BD. *American Journal of Psychiatry*, 164(9), 1348-1355. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.05122032
- Gosling, S. D., Vazire, S., Srivastava, S., & John, O. P. (2004). Should we trust web-based studies? A comparative analysis of six preconceptions about internet questionnaires. *American Psychologist*, 59(2), 93-104. doi: 10.1037/0003-066X.59.2.93
- Graffigna, G., & Barelo, S. (2015). Modelling patient engagement in healthcare: Insight for research and practice. In G. Graffigna, S. Barelo, & S. Triberti (Eds.), *Patient engagement: A consumer-centered model to innovate healthcare* (pp. 27-43). Warsaw, Poland: De Gruyter Open.
- Graffigna, G., Barelo, S., Bonanomi, A., & Lozza, E. (2015). Measuring patient engagement: development and psychometric properties of the Patient Health Engagement (PHE) scale. *Frontiers in Psychology*, 6, 274. doi:10.3389/fpsyg.2015.00274
- Graffigna, G., Barelo, S., Libreri, C., & Bosio, C. A. (2014). How to engage type-2 diabetic patients in their own health management: Implications for clinical practice. *BMC Public Health*, 14(648), 1-12.
- Graffigna, G., & Barelo, S., & Triberti, S. (2015). Giving (back) a role to patients in the delivery of healthcare services: Theoretical roots of patient engagement. In G. Graffigna, S. Barelo, & S. Triberti (Eds.), *Patient engagement: A consumer-*

- centered model to innovate healthcare* (pp. 13-26). Warsaw, Poland: De Gruyter Open.
- Graham, C., & Chattopadhyay, S. (2013). Gender and well-being around the world. *International Journal of Happiness and Development*, 1(2), 212-232.
- Greene, J., & Hibbard, J. H. (2012). Why does patient activation matter? An examination of the relationships between patient activation and health-related outcomes. *Journal of General Internal Medicine*, 27(5), 520-526. doi: 10.1007/s11606-011-1931-2
- Gruman, J., Rovner, M. H., French, M. E., Jeffress, D., Sofaer, S., Shaller, D., & Prager, D. J. (2010). From patient education to patient engagement: Implications for the field of patient education. *Patient Education and Counseling*, 78(3), 350-356. doi: 10.1016/j.pec.2010.02.002
- Hämäläinen, J., Isometsä, E., Sihvo, S., Pirkola, S., & Kiviruusu, O. (2008). Use of health services for major depressive and anxiety disorders in Finland. *Depression and Anxiety*, 25(1), 27-37. doi: 10.1002/da.20256
- Hamza, C. A., & Willoughby, T. (2013). Nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A latent class analysis among young adults. *PloS One*, 8(3). doi: 10.1371/journal.pone.0059955
- Hardeveld, F., Spijker, J., de Graaf, R., Nolen, W. A., & Beekman, A. T. F. (2013). Recurrence of major depressive disorder and its predictors in the general population: Results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Psychological Medicine*, 43(01), 39-48. doi: 10.1017/S0033291712002395
- Henderson, J., Wilson, C., Roberts, L., Munt, R., & Crotty, M. (2014). Social barriers to Type 2 diabetes self-management: The role of capital. *Nursing Inquiry*, 21(4), 336-345. doi: 10.1111/nin.12073
- Hendrick, V., Altshuler, L., Strouse, T., & Grosser, S. (2000). Postpartum and nonpostpartum depression: Differences in presentation and response to pharmacologic treatment. *Depression and Anxiety*, 11(2), 66-72. doi: 10.1002/(SICI)1520-6394(2000)11:2<66::AID-DA3>3.0.CO;2-D
- Hibbard, J. H., & Mahoney, E. (2010). Toward a theory of patient and consumer activation. *Patient Education and Counseling*, 78(3), 377-381. doi: 10.1016/j.pec.2009.12.015
- Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K., Brennan, P. L., & Schutte, K. K. (2005). Stress generation, avoidance coping, and depressive symptoms: A 10-year model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 658-666. doi: 10.1037/0022-006X.73.4.658
- Hunt, K., Wyke, S., Gray, C. M., Anderson, A. S., Brady, A., Bunn, C., ... & Miller, E. (2014). A gender-sensitised weight loss and healthy living programme for overweight and obese men delivered by Scottish Premier League football clubs (FFIT): A pragmatic randomised controlled trial. *Lancet*, 383(9924), 1211-1221. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62420-4

- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2013). *The global burden of disease: Generating evidence, guiding policy*. Seattle, WA: Author.
- Jayadevappa, R., & Chhatre, S. (2011). Patient centered care-a conceptual model and review of the state of the art. *Open Health Services and Policy Journal*, 4(1), 15-25.
- Johnson, C., Gunn, J., & Kokanovic, R. (2009). Depression recovery from the primary care patient's perspective: 'Hear it in my voice and see it in my eyes'. *Mental Health in Family Medicine*, 6(1), 49-55.
- Kaya, E., Aydemir, Ö., & Selcuki, D. (2007). Residual symptoms in bipolar disorder: The effect of the last episode after remission. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 31(7), 1387-1392. doi: 10.1016/j.pnpbp.2007.06.003
- Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., De Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., ... & Kawakami, N. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6(3), 168-176.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602. doi:10.1001/archpsyc.62.6.593.
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Wittchen, H. U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21(3), 169-184.
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207-222. doi: 10.2307/3090197
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539-548. doi: 10.1037/0022-006X.73.3.539
- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62(2), 95-108. doi: 10.1037/0003-066X.62.2.95
- Keyes, C. L. M., & Lopez, S. J. (2002). Toward a science of mental health: Positive directions in diagnosis and interventions. In C.R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 45-59). New York, NY: Oxford University Press.
- Keyes, C. L. M., Wissing, M., Potgieter, J. P., Temane, M., Kruger, A., & van Rooy, S. (2008). Evaluation of the mental health continuum-short form (MHC-SF) in setswana-speaking South Africans. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(3), 181-192. doi: 10.1002/cpp.572

- Kreyenbuhl, J., Nossel, I. R., & Dixon, L. B. (2009). Disengagement from mental health treatment among individuals with schizophrenia and strategies for facilitating connections to care: A review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*, 35(4), 696-703. doi: 10.1093/schbul/sbp046
- Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (2002). The PHQ-9: A new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric Annals*, 32(9), 1-7.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Löwe, B. (2010). The Patient Health Questionnaire somatic, anxiety, and depressive symptom scales: A systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 32(4), 345-359. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2010.03.006.
- Kukla, M., Salyers, M. P., & Lysaker, P. H. (2013). Levels of patient activation among adults with schizophrenia: Associations with hope, symptoms, medication adherence, and recovery attitudes. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(4), 339-344. doi: 10.1097/NMD.0b013e318288e253
- Lamers, S., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M., & Keyes, C. L. M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), 99-110. doi: 10.1002/jclp.20741
- Lanouette, N.M., & Stein, M.B. (2010). Advances in the management of treatment-resistance anxiety disorders. *Focus*, 8(4), 501-524. doi: 10.1176/foc.8.4.foc501
- Laursen, B. (2015). I don't quite get it... Personal experiences with the person-oriented approach. *Journal for Person-Oriented Research*, 1(1-2), 42-47. doi: 10.17505/jpor.2015.05
- Lauver, D. R., Ward, S. E., Heidrich, S. M., Keller, M. L., Bowers, B. J., Brennan, P. F., ... & Wells, T. J. (2002). Patient-centered interventions. *Research in Nursing & Health*, 25(4), 246-255. doi: 10.1002/nur.10044
- Lecci, L., Karoly, P., Briggs, C., & Kuhn, K. (1994). Specificity and generality of motivational components in depression: A personal projects analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(2), 404-408. doi: 10.1037/0021-843X.103.2.404
- Little, B. R. (1988). *Personal projects research: Method, theory and research*. Final Report to Social Sciences and Humanities Research Council of Canada, Ottawa, Canada.
- Little, B. R. (2007). Prompt and circumstance: The generative contexts of personal projects analysis. In B. R. Little, K. Salmela-Aro & S. D. Phillips (Eds.), *Personal project pursuit: Goals, action, and human flourishing* (pp. 3-49). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7. doi: 10.1207/S15324796ABM2601_01
- Lorig, K., Ritter, P. L., Pifer, C., & Werner, P. (2014). Effectiveness of the chronic disease self-management program for persons with a serious mental illness: A

- translation study. *Community Mental Health Journal*, 50(1), 96-103. doi: 10.1007/s10597-013-9615-5
- Markkula, N., Härkänen, T., Nieminen, T., Peña, S., Mattila, A. K., Koskinen, S., ... & Suvisaari, J. (2016). Prognosis of depressive disorders in the general population—results from the longitudinal Finnish Health 2011 Study. *Journal of Affective Disorders*, 190, 687-696. doi: 10.1016/j.jad.2015.10.043
- Martins, S., Ko, J., Kuwabara, S., Clarke, D., Alexandre, P., Zandi, P., ... & Eaton, W. W. (2012). The relationship of adult mental disorders to socioeconomic status, race/ethnicity, marital status, and urbanicity of residence. In W. W. Eaton, & the faculty, students, and fellows of the Department of Mental Health, Bloomberg School of Public Health, *Public Mental Health* (pp. 151-200). New York, NY: Oxford University Press.
- McEvoy, P., Schauman, O., Mansell, W., & Morris, L. (2012). The experience of recovery from the perspective of people with common mental health problems: Findings from a telephone survey. *International Journal of Nursing Studies*, 49(11), 1375-1382. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.06.010
- Mechanic, D. (2007). Mental health services then and now. *Health Affairs*, 26(6), 1548-1550. doi: 10.1377/hlthaff.26.6.1548
- Menichetti, J., Libreri, C., Lozza, E., & Graffigna, G. (2014). Giving patients a starring role in their own care: A bibliometric analysis of the on-going literature debate. *Health Expectations*, 1-11. Advance online publication. doi: 10.1111/hex.12299
- Mental Health Commission of Canada. (2009). *Toward recovery & well-being. A framework for a mental health strategy for Canada*. Ottawa, Ont.: Author.
- Mental Health Commission. (2012). *Blueprint II: How things need to be*. Wellington, New Zealand: Author.
- Meyer, B. (2001). Coping with severe mental illness: Relations of the Brief COPE with symptoms, functioning, and well-being. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(4), 265-277. doi: 10.1023/A:1012731520781
- Meyer, B., Beevers, C. G., & Johnson, S. L. (2004). Goal appraisals and vulnerability to bipolar disorder: A personal projects analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 28(2), 173-182. doi: 10.1023/B:COTR.0000021538.34160.52
- Meyer, J. P., Stanley, L. J., & Vandenberg, R. J. (2013). A person-centered approach to the study of commitment. *Human Resource Management Review*, 23(2), 190-202. doi:10.1016/j.hrmr.2012.07.007
- Mezzina, R., Borg, M., Marin, I., Sells, D., Topor, A., & Davidson, L. (2006). From participation to citizenship: How to regain a role, a status, and a life in the process of recovery. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9(1), 39-61. doi: 10.1080/15487760500339428
- Mjøsund, N. H., Eriksson, M., Norheim, I., Keyes, C. L. M., Espnes, G. A., & Vinje, H. F. (2015). Mental health as perceived by persons with mental disorders—an interpretative phenomenological analysis study. *International Journal of Mental*

- Health Promotion*, 17(4), 215-233. doi: 10.1080/14623730.2015.1039329
- Moljord, I. E. O., Lara-Cabrera, M. L., Perestelo-Pérez, L., Rivero-Santana, A., Eriksen, L., & Linaker, O. M. (2015). Psychometric properties of the Patient Activation Measure-13 among out-patients waiting for mental health treatment: A validation study in Norway. *Patient Education and Counseling*, 98(11), 1410-1417. doi: 10.1016/j.pec.2015.06.009.
- Möller-Leimkühler, A. M. (2002). Barriers to help-seeking by men: A review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of Affective Disorders*, 71(1), 1-9. doi: 10.1016/S0165-0327(01)00379-2
- Morin, A. J. S. (2016, in press). Supplements for: Person-centered research strategies in commitment research. In J.P. Meyer (Ed.), *Handbook of employee commitment*. Cheltenham, UK: Edward Elgar. Retrieved online: https://www.statmodel.com/download/Morin%20Supplements%20Chapter%20X.%20Person-Centered%20Research%20Strategies%20Final_1.pdf
- Morin, A. J. S., Maïano, C., Nagengast, B., Marsh, H. W., Morizot, J., & Janosz, M. (2011). Growth mixture modeling of adolescents trajectories of anxiety across adolescence: The impact of untested invariance assumptions on substantive interpretations. *Structural Equation Modeling*, 18(4), 613-648. doi: 10.1080/10705511.2011.607714
- Morin, A. J. S., Morizot, J., Boudrias, J. S., & Madore, I. (2011). A multifoci person-centered perspective on workplace affective commitment: A latent profile/factor mixture analysis. *Organizational Research Methods*, 14(1), 58-90. doi: 10.1177/1094428109356476
- Mueller, A., Mitchell, J. E., Black, D. W., Crosby, R. D., Berg, K., & de Zwaan, M. (2010). Latent profile analysis and comorbidity in a sample of individuals with compulsive buying disorder. *Psychiatry Research*, 178(2), 348-353. doi: 10.1016/j.psychres.2010.04.021
- Mueser, K. T., Corrigan, P. W., Hilton, D. W., Tanzman, B., Schaub, A., Gingerich, S., ... & Herz, M. I. (2002). Illness management and recovery: A review of the research. *Psychiatric Services*, 53(10), 1272-1284. doi: 10.1176/appi.ps.53.10.1272
- Muller, L., & Spitz, E. (2003). Évaluation multidimensionnelle du coping: validation du Brief COPE sur une population française. *L'Encéphale*, 29(6), 507-518. doi: ENC-12-2003-29-6-0013-7006-101019-ART5
- Murray, G., Suto, M., Hole, R., Hale, S., Amari, E., & Michalak, E. E. (2011). Self-management strategies used by 'high functioning' individuals with bipolar disorder: From research to clinical practice. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(2), 95-109. doi: 10.1002/cpp.710
- Muthén, L.K. and Muthén, B.O. (1998-2010). *Mplus User's Guide* (6th ed.). Los Angeles, CA: authors.

- National Institute for Health and Care Excellence. (2009). *Depression in adults: Recognition and management*. Retrieved from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/resources/depression-in-adults-recognition-and-management-975742636741>
- National Institute for Health and Care Excellence (2014). *Bipolar disorder: Assessment and management*. Retrieved from: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg185/resources/bipolar-disorder-assessment-and-management-35109814379461>.
- National Institute for Mental Health in England. (2005). *NIMHE Guiding statement on recovery*. London, UK: author.
- Nazir, A., & Mohsin, H. (2013). Coping styles, aggression and interpersonal conflicts among depressed and non-depressed people. *Health Promotion Perspectives*, 3(1), 80-89. doi: 10.5681/hpp.2013.010
- Newman, D. A. (2014). Missing data: Five practical guidelines. *Organizational Research Methods*, 17(4), 372-411. doi: 10.1177/1094428114548590
- Nierenberg, A. A. (2015). Residual symptoms in depression: Prevalence and impact. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 76(11), e1480. doi: 10.4088/JCP.13097TX1C
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 133-154. doi: 10.1093/epirev/mxn002
- Noordsy, D. L., Torrey, W., Mueser, K., Mead, S., O'Keefe, C., & Fox, L. (2002). Recovery from severe mental illness: An interpersonal and functional outcome definition. *International Review of Psychiatry*, 14(4), 318-326. doi: 10.1080/0954026021000016969
- Onken, S. J., Craig, C. M., Ridgway, P., Ralph, R. O., & Cook, J. A. (2007). An analysis of the definitions and elements of recovery: A review of the literature. *Psychiatric Rehabilitation journal*, 31(1), 9-22. 10.2975/31.1.2007.9.22
- Paradis, V. (2009). *Évaluation d'une intervention infirmière motivationnelle selon les stades de changement (MSSC) sur des comportements d'auto-soins chez des patients insuffisants cardiaques [Evaluation of a motivational nursing intervention according to the stages of change (MASC) on self-care behaviors in heart failure patients]*. Master's thesis. Université de Montréal, Canada.
- Pastor, D. A., Barron, K. E., Miller, B. J., & Davis, S. L. (2007). A latent profile analysis of college students' achievement goal orientation. *Contemporary Educational Psychology*, 32(1), 8-47. doi: 10.1016/j.cedpsych.2006.10.003
- Patten, S. B., Kennedy, S. H., Lam, R. W., O'Donovan, C., Filteau, M. J., Parikh, S. V., & Ravindran, A. V. (2009). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. I. Classification, burden and principles of management. *Journal of Affective Disorders*. 117(Suppl. 1), S5-S14. doi: 10.1016/j.jad.2009.06.044

- Petrillo, G., Capone, V., Caso, D., & Keyes, C. L. (2015). The Mental Health Continuum–Short Form (MHC–SF) as a measure of well-being in the Italian context. *Social Indicators Research*, 121(1), 291-312. doi: 10.1007/s11205-014-0629-3
- Piccinelli, M., & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression: Critical review. *British Journal of Psychiatry*, 177(6), 486-492. doi: 10.1192/bjp.177.6.486
- Porche, D. J. (2013). Beyond Gender Cultural Sensitivity—International Lessons Learned. *American Journal of Men's Health*, 7(2), 93-93. doi: 10.1177/1557988313476541
- President's New Freedom Commission on Mental Health. (2003). *Achieving the promise: Transforming mental health care in America*. Rockville, MD: Author.
- Provencher, H. L., & Keyes, C. L. M. (2010). Une conception élargie du rétablissement [A broader concept of recovery]. *L'information psychiatrique*, 86(7), 579-589. doi: 10.3917/inpsy.8607.0579
- Provencher, H. L., & Keyes, C. L. M. (2011). Complete mental health recovery: Bridging mental illness with positive mental health. *Journal of Public Mental Health*, 10(1), 57-69. doi: 10.1108/17465721111134556
- Provencher, H. L., & Keyes, C. L. M. (2013). Recovery: A complete mental health perspective. In C. L. M. Keyes (Ed.), *Mental Well-Being* (pp. 277-297). New York, NY: Springer.
- Public Health Agency of Canada. (2015). *Mood and anxiety disorders in Canada: Fast facts from the 2014 Survey on living with chronic diseases in Canada*. Toronto, Ont.: Author.
- Pychyl, T. A., & Little, B. R. (1998). Dimensional specificity in the prediction of subjective well-being: Personal projects in pursuit of the PhD. *Social Indicators Research*, 45(1-3), 423-473. doi: 10.1023/A:1006970504138
- Radhakrishnan, M., Hammond, G., Jones, P. B., Watson, A., McMillan-Shields, F., & Lafortune, L. (2013). Cost of Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) programme: An analysis of cost of session, treatment and recovery in selected Primary Care Trusts in the East of England region. *Behaviour Research and Therapy*, 51(1), 37-45. doi: 10.1016/j.brat.2012.10.001
- Richard, L., Gauvin, L., Gosselin, C., & Laforest, S. (2009). Staying connected: Neighbourhood correlates of social participation among older adults living in an urban environment in Montreal, Quebec. *Health Promotion International*, 24(1), 46-57. doi: 10.1093/heapro/dan039
- Robards, J., Evandrou, M., Falkingham, J., & Vlachantoni, A. (2012). Marital status, health and mortality. *Maturitas*, 73(4), 295-299. doi: 10.1016/j.maturitas.2012.08.007
- Robles, T. F., Slatcher, R. B., Trombello, J. M., & McGinn, M. M. (2014). Marital quality and health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 140(1), 140-187. doi: 10.1037/a0031859

- Roesch, S. C., & Weiner, B. (2001). A meta-analytic review of coping with illness: Do causal attributions matter?. *Journal of Psychosomatic Research*, 50(4), 205-219. doi: 10.1016/S0022-3999(01)00188-X
- Rush, A. J., Kraemer, H. C., Sackeim, H. A., Fava, M., Trivedi, M. H., Frank, E., ... & Regier, D. A. (2006). Report by the ACNP Task Force on response and remission in major depressive disorder. *Neuropsychopharmacology*, 31(9), 1841-1853. doi: 10.1038/sj.npp.1301131
- Sacks, R. M., Greene, J., Hibbard, J. H., & Overton, V. (2014). How well do patient activation scores predict depression outcomes one year later? *Journal of Affective Disorders*, 169, 1-6. doi: 10.1016/j.jad.2014.07.030
- Salama-Younes, M. (2011). Positive mental health, subjective vitality and satisfaction with life for French physical education students. *World Journal of Sports Sciences*, 4(2): 90-97.
- Sareen, J., Jagdeo, A., Cox, B. J., Clara, I., ten Have, M., Belik, S. L., ... & Stein, M. B. (2007). Perceived barriers to mental health service utilization in the United States, Ontario, and the Netherlands. *Psychiatric Services*, 58(3), 357-364.
- Sav, A., Kendall, E., McMillan, S. S., Kelly, F., Whitty, J. A., King, M. A., & Wheeler, A. J. (2013). 'You say treatment, I say hard work': Treatment burden among people with chronic illness and their carers in Australia. *Health & Social Care in the Community*, 21(6), 665-674. doi: 10.1111/hsc.12052
- Schlomer, G. L., Bauman, S., & Card, N. A. (2010). Best practices for missing data management in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 57(1), 1-10. doi: 10.1037/a0018082
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2010). *Non-pharmaceutical management of depression in adults. A national clinical guideline*. Edinburgh, UK: Author.
- Seed, M. S., & Torkelson, D. J. (2012). Beginning the recovery journey in acute psychiatric care: Using concepts from Orem's self-care deficit nursing theory. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(6), 394-398. doi: 10.3109/01612840.2012.663064
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.5
- Seligman, M. E., Parks, A. C., & Steen, T. (2004). A balanced psychology and a full life. *Philosophical Transactions-Royal Society of London Series B Biological Sciences*, 359(1449), 1379-1382. doi: 10.1098/rstb.2004.1513
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Slade, M. (2010). Mental illness and well-being: The central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Services Research*, 10(26), 1-14. doi: 10.1186/1472-6963-10-26

- Spaniol, L., & Wewiorski, N. J. (2012). Phases of the Recovery Process From Psychiatric Disabilities. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 17(1).
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097. doi: 10.1001/archinte.166.10.1092.
- Statistics Canada. (2013). *Education in Canada: Attainment, field of study and location of study (National Household Survey)*. Ottawa, Ont.: Author.
- Statistics Canada. (2015). *Low income lines, 2013-2014*. Ottawa, Ont.: Author.
- Sterling, von Esenwein, S. A., Tucker, S., Fricks, L., & Druss, B. G. (2010). Integrating wellness, recovery, and self-management for mental health consumers. *Community Mental Health Journal*, 46(2), 130-138. doi:10.1007/s10597-009-9276-6
- Storm, M., & Edwards, A. (2013). Models of user involvement in the mental health context: Intentions and implementation challenges. *Psychiatric Quarterly*, 84(3), 313-327. doi: 10.1007/s11126-012-9247-x
- Swinson, R. P., Antony, M. M., Bleau, P., Chokka, P., Craven, M., Fallu, A., ... Walker, J. R. (2006). Clinical practice guidelines: Management of anxiety disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(Suppl. 2): 1S-92S.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.). Boston, MA: Pearson.
- Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (1999). Psychosocial resources and the SES-health relationship. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896(1), 210-225. doi: 10.1111/j.1749-6632.1999.tb08117.x
- Tein, J. Y., Coxe, S., & Cham, H. (2013). Statistical power to detect the correct number of classes in latent profile analysis. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 20(4), 640-657. doi: 10.1080/10705511.2013.824781
- Trivedi, M. H., Lin, E. H., & Katon, W. J. (2007). Consensus recommendations for improving adherence, self-management, and outcomes in patients with depression. *CNS Spectrums*, 12(8 Suppl. 13), 1-27. 10.1017/S1092852900003710
- Trivedi, R. B., Ayotte, B., Edelman, D., & Bosworth, H. B. (2008). The association of emotional well-being and marital status with treatment adherence among patients with hypertension. *Journal of Behavioral Medicine*, 31(6), 489-497. doi: 10.1007/s10865-008-9173-4
- Tuma, M., & Decker, R. (2013). Finite mixture models in market segmentation: A review and suggestions for best practices. *Electronic Journal of Business Research Methods*, 11(1), 2-15.
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: Implications pour la recherche en langue française [Towards a trans-cultural validation methodology for psychology

- questionnaires: Implications for French language research]. *Canadian Psychology*, 30(4), 662-680. doi: 10.1037/h0079856
- van Grieken, R. A., Kirkenier, A. C., Koeter, M. W., & Schene, A. H. (2014). Helpful self-management strategies to cope with enduring depression from the patients' point of view: A concept map study. *BMC Psychiatry*, 14(331), 1-9. doi: 10.1186/s12888-014-0331-7
- van Grieken, R. A., Kirkenier, A. C., Koeter, M. W., Nabitz, U. W., & Schene, A. H. (2015). Patients' perspective on self-management in the recovery from depression. *Health Expectations*, 18(5), 1339-1348. doi: 10.1111/hex.12112
- Vermeulen-Smit, E., Ten Have, M., Van Laar, M., & de Graaf, R. (2015). Clustering of health risk behaviours and the relationship with mental disorders. *Journal of Affective Disorders*, 171, 111-119. doi: 10.1016/j.jad.2014.09.031
- Villaggi, B., Provencher, H., Coulombe, S., Meunier, S., Radziszewski, S., Hudon, C., ... & Houle, J. (2015). Self-Management strategies in recovery from mood and anxiety disorders. *Global Qualitative Nursing Research*, 2. doi: 10.1177/2333393615606092
- Von Bothmer, M. I., & Fridlund, B. (2005). Gender differences in health habits and in motivation for a healthy lifestyle among Swedish university students. *Nursing & Health Sciences*, 7(2), 107-118. doi: 10.1111/j.1442-2018.2005.00227.x
- Weisser, J., Morrow, & Jamer, B. (2011). *A critical exploration of social inequities in the mental health recovery literature*. Vancouver, BC: Centre for the study of gender, social inequities and mental health.
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 17(2), 110-119. doi: 10.1007/s10804-009-9082-y
- Whitley, R., & Drake, R. E. (2010). Recovery: A dimensional approach. *Psychiatric Services*, 61(12), 1248-1250.
- Williams, G. A., & Kibowski, F. (2016). Latent class analysis and latent profile analysis. In L. A. Jason & D. S. Glenwick, *Handbook of methodological approaches to community-based research: Qualitative, quantitative and mixed methods* (pp. 143-152). New York, NY: Oxford University Press.
- Williams, J., Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Norton, S., Pesola, F., & Slade, M. (2015). Development and evaluation of the INSPIRE measure of staff support for personal recovery. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(5), 777-786. doi: 10.1007/s00127-014-0983-0
- Wills, F. (2008). *Skills in cognitive behaviour counseling & psychotherapy*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Winbolt, B. (2011). *Solution focused therapy for the helping professions*. London, UK: Jessica Kingsley Publishers.

- Witkin, G. (1985). Healthy living. In A. Ellis & M. E. Bernard (Eds.), *Clinical applications of rational-emotive therapy* (pp. 181-208). New York, NY: Plenum Press.
- Wright, K. B. (2006). Researching Internet-based populations: Advantages and disadvantages of online survey research, online questionnaire authoring software packages, and web survey services. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 10(3). doi: 10.1111/j.1083-6101.2005.tb00259.x
- Zimmerman, M., McGlinchey, J. B., Posternak, M. A., Friedman, M., Attiullah, N., & Boerescu, D. (2006). How should remission from depression be defined? The depressed patient's perspective. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 148-150. doi: 10.1176/appi.ajp.163.1.148

CHAPITRE V

DISCUSSION GÉNÉRALE

Cette partie de la thèse sera orientée autour des faits saillants et pistes d'interprétations des résultats. Les résultats seront repris ici en intégrant les constatations majeures des deux volets de l'étude sur l'autogestion, le rétablissement et leur association. Ces constatations majeures représentent les principales contributions de la thèse à l'avancement des connaissances empiriques et théoriques. Des implications pour les pratiques et services en santé mentale seront ensuite présentées, de même qu'un résumé des limites de l'étude. Enfin, la perspective intégrative de la thèse sera abordée comme une de ses forces principales.

5.1. Principales constatations

5.1.1. Un questionnaire d'autogestion inédit aux qualités psychométriques adéquates

L'étude fournit une première mesure validée de l'autogestion en santé mentale. Le fait que le questionnaire soit basé sur les résultats d'une étude qualitative sur les stratégies d'autogestion réellement mises en place par des personnes en rétablissement d'un trouble anxieux et de l'humeur favorise sa validité écologique (voir Roskam, Noël, & Schelstraete, 2011 pour un raisonnement similaire). Le processus d'élaboration des items, de même que leur amélioration en collaboration avec un groupe d'experts et suivant des critères statistiques (par ex. indice de validité de contenu, Lynn, 1986) contribue aussi à la validité de contenu du questionnaire (DeVon et al., 2007). Dans l'ensemble, les qualités psychométriques de l'instrument

sont adéquates. Pour deux des sous-échelles, *pouvoir d'agir* (*empowerment*) et *vitalité*, la consistance interne est satisfaisante (respectivement $\alpha=0,81$ et $\alpha=0,75$), mais légèrement plus faible pour la sous-échelle *clinique* ($\alpha=0,69$). Les études avec d'autres échantillons gagneront à porter une attention particulière à la consistance de cette sous-échelle. En ce qui concerne la fiabilité test-retest auprès d'un sous-échantillon volontaire ($n=93$) qui a rempli le questionnaire une deuxième fois deux semaines après la première administration, elle ressort comme élevée (coefficient de corrélation intraclass moyen pour les trois sous-échelles : 0,80). Puisque le questionnaire portait sur des stratégies utilisées au cours des deux derniers mois, la période de référence a évolué entre les deux passations. Il s'agit d'une explication possible du fait que la corrélation soit non parfaite. Cela suggère aussi une certaine sensibilité au changement. Ces hypothèses sont à vérifier sur une période plus longue.

En ce qui concerne la validité convergente (DeVon et al., 2007), les sous-échelles *pouvoir d'agir* et *vitalité* sont corrélées positivement avec une mesure des habiletés d'autogestion (Therapeutic Self-Care Scale) et des sous-échelles de *coping* adaptatif (Brief COPE). Les corrélations sont de magnitude faible à modérée (entre 6,8 % et 30,3 % de variance partagée), suggérant que le questionnaire d'autogestion mesure bel et bien un construit distinct, ce qui appuie sa validité discriminante (Garson, 2002). Soutenant la validité concurrente (DeVon et al., 2007), chacune des trois sous-échelles est corrélée positivement à une ou plusieurs des mesures de rétablissement personnel (Mental Health Continuum-Short Form pour la santé mentale positive, ainsi que des mesures plus spécifiques de certains sous-aspects, par ex. Flourishing Scale). Les sous-échelles *pouvoir d'agir* et *vitalité* sont corrélées négativement avec les mesures de sévérité des symptômes dépressifs et anxieux.

Des recherches futures sont nécessaires pour appuyer davantage la validité de la sous-échelle *clinique* qui ne corrèle pas avec les mesures critères comme le Therapeutic

Self-Care Scale et le Brief COPE, et qui corrèle positivement avec la sévérité des symptômes. Sur ce dernier point, notre prédiction de départ, au début du programme de recherche de la thèse, était que l'utilisation fréquente de toutes les stratégies d'autogestion était directement bénéfique et donc associée à l'observation de symptômes moins sévères. Le résultat obtenu qui peut paraître contradictoire peut s'expliquer en partie par le fait que la thèse a été produite dans un contexte transversal. Si l'on considère que les stratégies cliniques visent à réduire les symptômes, il apparaît logique que les personnes vivant avec des symptômes plus sévères puissent les utiliser davantage que ceux qui sont confrontés à moins de symptômes à gérer. Permettant de mieux comprendre cette relation, les analyses de profils latents menés dans le deuxième volet de l'étude montrent que la relation entre l'utilisation des stratégies cliniques et le niveau de symptômes semble varier d'un sous-groupe de participants à l'autre. Ainsi, dans deux des profils (« en bonne voie vers l'épanouissement » et « en flétrissement, mais tentant de gérer leurs symptômes »), les personnes montrent un degré très différent de symptômes (faible pour le premier profil et modérément élevé pour l'autre). Malgré cette différence au plan des symptômes, les personnes des deux profils utilisent les stratégies cliniques peu fréquemment. En contraste, les personnes d'un autre profil (« en lutte, mais entièrement engagés ») utilisent fréquemment les stratégies cliniques et présentent les symptômes les plus sévères. Les analyses psychométriques, dans le premier volet de la thèse, considérant l'ensemble des participants, ne permettaient pas de détecter toutes ces nuances quant à la relation entre les stratégies d'autogestion clinique et le rétablissement symptomatologique. Cela explique possiblement les résultats moins clairs obtenus en ce qui concerne la validité de la sous-échelle *clinique*.

5.1.2. L'autogestion comme un construit comprenant trois dimensions

L'étude du premier volet a permis d'examiner pour une première fois les grandes dimensions de l'autogestion à l'aide d'analyses factorielles. Plusieurs études

qualitatives précédentes avaient identifié une grande variété de stratégies d'autogestion, regroupées en dimensions déterminées lors de l'analyse thématique par les chercheurs, suivant la similarité apparente entre certaines stratégies (Chambers et al., 2015; Murray et al., 2011; Villaggi et al., 2015). Pour structurer le développement du questionnaire, nous avons suivi la classification de l'étude qualitative de Villaggi et al. (2015), car elle nous apparaissait la plus complète et elle correspondait aux dimensions d'un modèle établi du rétablissement (Whitley & Drake, 2010) : clinique, existentielle, fonctionnelle, physique, et sociale. Les analyses factorielles du questionnaire d'autogestion, tant exploratoires que confirmatoires, ne soutiennent pas une structure du construit d'autogestion en cinq dimensions, mais plutôt en trois dimensions (correspondant à chaque sous-échelle) : *clinique*, *pouvoir d'agir* et *vitalité*. Les stratégies de la dimension *clinique* rejoignent directement la dimension du même nom de Whitley & Drake (2010), visant la réduction des symptômes, comme s'impliquer dans un suivi auprès d'un professionnel ou prendre une médication en suivant les recommandations d'un spécialiste. Les stratégies de la dimension *vitalité* sont liées à la dimension physique de Whitley & Drake (2010), axée sur un style de vie actif et sain. Finalement, c'est dans la dimension *pouvoir d'agir* de notre questionnaire d'autogestion que sont regroupées des stratégies recoupant les dimensions existentielle, fonctionnelle et sociale de ces auteurs. Ces stratégies sont axées sur la reconnaissance des aspects positifs et négatifs de son identité et la mise en action de ses capacités, en lien avec un processus décrit par Davidson et Strauss (1992) comme le développement d'un soi fonctionnel en contexte de rétablissement.

L'identification de ces trois dimensions d'autogestion permet une des premières conceptualisations appuyées empiriquement de ce construit en contexte de trouble mental. Le plus petit nombre de dimensions obtenues en comparaison à celles du rétablissement de Whitley et Drake (2010) suggèrent qu'il peut être en réalité

difficile, et donc inadéquat, de tenter de distinguer très spécifiquement les stratégies d'autogestion en fonction de la dimension précise du rétablissement qu'elles ciblent. Les stratégies *cliniques*, qui ciblent les symptômes, sont faiblement corrélées aux autres stratégies (*pouvoir d'agir* et *vitalité*). En contraste, ces dernières stratégies sont davantage corrélées entre elles, suggérant qu'elles pourraient agir sur des aspects reliés du rétablissement.

5.1.3. Les principales combinaisons de stratégies d'autogestion

Alors que le premier volet de la thèse a permis d'identifier trois grandes dimensions sous-jacentes aux stratégies d'autogestion, le second volet a approfondi les connaissances en examinant comment les stratégies des trois dimensions sont utilisées en combinaison. Dans cette visée d'approfondissement, une approche quantitative orientée vers les personnes (analyse de profils latents) était pertinente, permettant d'aller au-delà du simple examen des corrélations entre les dimensions. Parmi les trois profils identifiés dans le deuxième volet, deux sont clairement plus fréquents. Les personnes appartenant à ces deux profils (en *épanouissement* et en *flétrissement*) utilisent à une fréquence semblable, relativement faible, les stratégies de la dimension *clinique*. Pour un des deux profils (*flétrissement*), il s'agit des seules stratégies utilisées au moins sur une base hebdomadaire, alors que pour l'autre profil (*épanouissement*), la combinaison de stratégies hebdomadaires inclut aussi des stratégies des dimensions *pouvoir d'agir* et *vitalité*. Les personnes d'un troisième profil (en *lutte*) font un usage régulier des stratégies des trois dimensions. Ces profils se distinguent selon la situation des personnes sur les indicateurs de rétablissement ainsi que sur d'autres variables (variables cliniques, caractéristiques sociodémographiques). Dans une perspective des soins centrés sur la personne qui prône la personnalisation des services, les résultats confirment que les combinaisons de stratégies d'autogestion utilisées varient en fonction de la personne et de son

contexte de vie, tel que l'avaient suggéré des études qualitatives (Chambers et al., 2015; Villaggi et al., 2015).

5.1.4. Relation entre symptômes de trouble mental et santé mentale positive examinée de façon inédite auprès d'un échantillon clinique

Prenant appui sur les écrits dans les approches clinique et personnelle au rétablissement (Slade, 2009; Slade et al., 2008), la thèse soutient la distinction entre deux indicateurs du rétablissement, soit la sévérité des symptômes de trouble mental et le degré de santé mentale positive, à l'image des travaux en psychologie positive sur les deux continuums de la santé mentale (Keyes, 2002, 2005). Les corrélations des symptômes tant anxieux que dépressifs avec la santé mentale positive varient entre -0,45 et -0,65, appuyant la validité discriminante (Garson, 2002). Dans le cadre du premier volet de l'étude, les résultats d'une analyse plus approfondie (analyse factorielle confirmatoire) appuient la notion que les symptômes anxieux ou dépressifs et la santé mentale positive contribuent à des facteurs distincts, et non simplement de façon inverse à un seul et même facteur avec l'autogestion. Soutenant aussi la distinction entre sévérité des symptômes et santé mentale positive, ces deux construits ne semblent pas avoir les mêmes corrélats : les stratégies d'autogestion de la dimension *clinique* sont liées à la sévérité des symptômes dépressifs et anxieux, mais non à la santé mentale positive. Cela s'inscrit en accord avec des travaux en psychologie positive montrant que les symptômes de mal-être sont distincts des symptômes de bien-être, distinction appuyée par leurs corrélats différents (Huppert & Whittington, 2003; Karademas, 2007; Keyes, 2005). Il s'agit d'une des premières études à examiner empiriquement cette distinction dans le contexte de populations cliniques en rétablissement, comme suggèrent de le faire les travaux théoriques de Provencher et Keyes (2010, 2011, 2013) sur leur Modèle du rétablissement complet.

Le deuxième volet de la thèse a permis de faire une analyse plus en profondeur, dégageant de façon inductive les différentes façons dont les indicateurs du rétablissement se combinent. Les résultats appuient globalement le modèle de Provencher et Keyes (2010, 2011, 2013) alors que les trois profils du rétablissement identifiés rejoignent plusieurs des états du rétablissement proposés par ces chercheurs. Le profil le plus fréquent, en *épanouissement*, rappelle un état de rétablissement quasi complet décrit par Provencher et Keyes (2010, 2011, 2013) dans lequel les symptômes de trouble mental sont peu sévères et la santé mentale positive modérément élevée. Le profil en *flétrissement* rappelle un état complètement non rétabli décrit par ces auteurs, dans lequel les personnes présentent des symptômes relativement sévères de trouble mental et une santé mentale positive faible.

Le portrait des personnes du profil en *lutte* ressemble à l'état décrit par ces auteurs comme des symptômes relativement élevés accompagnés d'une santé mentale positive aussi élevée. Bien que ce profil soit présenté seulement par un petit nombre de participants ($n=14$) dans l'étude, les indices d'adéquation appuyaient la pertinence de ce profil. Son patron d'association avec les variables critères soutient aussi sa validité : les participants appartenant à ce profil montrent un portrait mixte, favorable sur plusieurs variables critères (habiletés d'autogestion, évaluation des buts personnels, participation sociale), mais défavorable en ce qui concerne l'utilisation, la plus élevée parmi tous les participants, de stratégies de *coping* non adaptatives (par ex. déni, utilisation de substances).

L'existence du profil de participants *en lutte* est une démonstration claire de la possibilité pour un sous-groupe significatif de personnes avec des troubles anxieux et de l'humeur de rapporter des manifestations fréquentes de santé mentale positive (par ex. satisfaction de vie, sens à la vie, contribution sociale) malgré l'existence de symptômes d'une intensité importante et de difficultés. Bien que l'étude transversale

ne permette pas exactement de comprendre le mécanisme impliqué dans ce résultat, celui-ci rejoint les travaux liés à la psychologie sur la résilience et la croissance en situation d'adversité (par ex. Luthar, Lyman, & Crossman, 2014; Peterson, Park, Pole, D'Andrea, & Seligman, 2008). Lorsqu'elles font face à un trouble mental (Chiba, Kawakami, & Miyamoto, 2011), certaines personnes vivent une croissance qui se traduit par une transformation dans leur rapport à soi, aux autres et à la vie. Dans cet esprit, il est possible que le niveau relativement élevé de santé mentale positive du profil en *lutte* reflète une telle transformation positive face à leurs symptômes.

L'analyse de profils latents utilisait une approche inductive (Gabriel, Daniels, Diefendorff, & Greguras, 2014), testant des modèles avec différents nombres de profils, sans hypothèse prédéterminée. L'obtention de trois profils contraste avec les études (Keyes, 2002, 2005) sur lesquelles se basent Provencher et Keyes (2010, 2011, 2013), dans lesquelles six états sont formés, mais de façon artificielle par les chercheurs selon les scores des participants aux questionnaires. D'un premier abord, nos résultats suggèrent que certains de ces états, que nous n'avons pas identifiés dans l'étude, pourraient ne pas avoir d'existence réelle chez des personnes vivant avec un trouble anxieux ou de l'humeur. Cependant, notons que la taille de notre échantillon, tout de même modeste, pourrait avoir nui à l'identification de tous les états du modèle. De surcroît, pour des raisons éthiques (c.-à-d., éviter l'aggravation des difficultés en répondant au questionnaire en ligne), les participants présentant des symptômes élevés de trouble mental ont dû être exclus de l'étude. L'inclusion de tous les participants, dans une étude menée en face à face permettant de prendre action en cas de symptômes aggravés, mènerait peut-être à l'identification d'un plus grand nombre de profils.

5.1.5. L'autogestion et le rétablissement montrés comme deux construits distincts

Si les écrits comprennent plusieurs études d'évaluation de programmes de soutien à l'autogestion (voir les recensions de Barlow et al., 2005, et de Houle et al. 2013), rares sont les travaux sur le sujet menés en contexte naturel, non interventionnel. Dans ce contexte, seules quelques études (principalement qualitatives) ont porté sur le rôle de l'autogestion dans le rétablissement (Chambers et al., 2015; Murray et al., 2011; van Grieken et al., 2014, 2015; Villaggi et al, 2015), malgré que l'autogestion est proposée comme une voie importante vers le rétablissement (Slade, 2009). La thèse a permis d'examiner la relation entre autogestion et rétablissement pour une première fois avec des mesures quantitatives, permettant une approche plus systématique.

Dans le premier volet de la thèse, les résultats de l'analyse factorielle confirmatoire comparant différents modèles structurels montrent que les sous-échelles du questionnaire d'autogestion et le rétablissement clinique (sévérité des symptômes) et personnel (santé mentale positive) mesurent des construits distincts. Cela montre que l'autogestion n'est pas simplement l'inverse des symptômes de dépression et d'anxiété, ou encore ne représente pas simplement une manifestation de la santé mentale positive, tel que certains résultats d'études qualitatives pouvaient le laisser croire (van Grieken et al., 2014; Villaggi et al, 2015). En recherche, cette distinction entre les deux construits légitime de poursuivre les travaux sur la façon dont ils sont associés et dont ils peuvent s'inter-influencer au fil du temps, au-delà d'une simple variance commune. Sur le plan de l'intervention, cette distinction suggère que les intervenants pourraient considérer ces deux construits comme deux leviers distincts d'interventions qui, quoiqu'interreliés, méritent chacun une attention.

5.1.6. Au-delà du portrait général, des profils spécifiques (parfois) surprenants d'interrelations entre autogestion et rétablissement

Les résultats montrent que l'association entre les stratégies d'autogestion et les indicateurs de rétablissement mérite d'être nuancée. Dans le premier volet de la thèse, en accord avec l'essence de l'autogestion comme un comportement favorable à la santé (Omisakin & Ncama, 2011), les stratégies des dimensions d'autogestion *pouvoir d'agir* et *vitalité* présentent comme attendu des corrélations négatives avec les symptômes et des corrélations positives avec la santé mentale positive. Les personnes s'appuyant sur leurs forces et un concept de soi positif pour prendre du pouvoir dans leur rétablissement (*pouvoir d'agir*), de même que celles adoptant un style de vie sain et actif (*vitalité*) seraient donc davantage rétablies, et vice-versa.

Cette constatation est aussi appuyée par deux des profils identifiés dans le deuxième volet de l'étude (en *flétrissement* et en *épanouissement*). Les personnes du profil en *flétrissement* utilisent peu ces stratégies d'autogestion (*pouvoir d'agir* et *vitalité*) et présentent des indicateurs de rétablissement plus défavorables, en comparaison au profil en *épanouissement*, ayant des indicateurs de rétablissement plus favorables et utilisant davantage ces stratégies. La comparaison de ces profils sur les variables critères suggère que l'utilisation fréquente de ces stratégies d'autogestion serait associée à davantage de participation sociale et à des buts personnels perçus positivement. Il s'agit d'aspects qui seraient favorables pour la santé mentale positive (Little, 2007; Cicognani et al., 2008).

Le portrait d'autogestion et de rétablissement des participants du profil en *épanouissement* rappelle les derniers stades du processus de rétablissement dans lesquels les personnes sont en contrôle de leurs symptômes, se forment un nouveau sentiment d'identité, développent une confiance en leurs capacités à faire face aux défis, contribuent dans leur communauté et travaillent à atteindre leurs buts

(Andresen et al., 2003, 2006; Spaniol & Wewiorski, 2012). En contraste, les participants en *flétrissement*, peu engagés dans l'autogestion et peu rétablis, pourraient être au début du processus de rétablissement, présentant des caractéristiques du stade de moratorium, caractérisé par un désengagement et une perte d'espoir (Andresen et al., 2003, 2006).

Les résultats portent à croire qu'au fil du processus, l'utilisation de stratégies axées sur le *pouvoir d'agir* et la *vitalité* pourrait agir comme facteur facilitant le passage du flétrissement à l'épanouissement. Dans une vision du rétablissement comme un processus en spirale (Slade, 2009), on peut émettre l'hypothèse qu'avec le temps, plus une personne utilise ces stratégies axées sur le versant positif de la vie, plus sa santé mentale positive s'en trouve améliorée. Elle sera motivée à ré-utiliser ces stratégies, suivant le principe d'une boucle de rétroaction positive (Bellack & Drapalski, 2012). Cette hypothèse devra être vérifiée dans le cadre d'études longitudinales.

Par contre, en ce qui concerne les stratégies de la dimension *clinique*, lorsque l'ensemble de tous les participants sont considérés (premier volet de la thèse), elles corrélaient positivement avec la sévérité des symptômes et ne corrélaient pas avec la santé mentale positive. Est-ce dire que l'utilisation de stratégies, telles que rechercher du soutien professionnel et s'informer sur les ressources disponibles pour ses difficultés, ne serait pas bénéfique? Adopter cette conclusion pourrait être erronée en raison de la nature transversale de l'étude. Les personnes présentant davantage de symptômes sont peut-être simplement davantage susceptibles de favoriser l'utilisation de stratégies justement axées sur les symptômes, alimentées par un désir d'aller mieux. De la même façon, des données montrent que vivre avec des symptômes plus sévères est associé à l'utilisation de services en santé mentale (Hämäläinen et al., 2008).

Le deuxième volet de la thèse montre d'ailleurs que les quelques personnes du profil *en lutte*, qui utilisent le plus fréquemment les stratégies de la dimension *clinique*, sont plus nombreuses à recevoir des services de psychothérapie. Elles sont aussi particulièrement enclines à utiliser fréquemment les stratégies d'autogestion de la dimension *vitalité*, par exemple, avoir une bonne alimentation, faire du sport et de la relaxation. Il se pourrait que les psychothérapeutes qu'elles consultent les encouragent à faire usage de certaines de ces stratégies, puisque le soutien aux changements d'habitudes de vie et l'activation comportementale figurent parmi les pratiques d'interventions suggérées dans les guides cliniques (e.g., National Institute for Health and Care Excellence, 2009; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010). En général, le patron d'utilisation des stratégies dans ce profil *en lutte* suggère un engagement considérable des personnes à essayer de gérer leur trouble et de faire face au stress, ce qui rappelle la description des stades de rétablissement après le moratorium initial (Andresen et al., 2003), dans lesquels l'individu se met en action pour lutter activement contre le trouble (Davidson & Strauss, 1992; Spaniol & Wewiorski, 2012).

Aussi indicateur de leur niveau d'activation, les personnes du profil *en lutte* utilisent l'ensemble des moyens de *coping* plus fréquemment en comparaison aux autres participants. Dans le domaine du *coping* (Folkman & Lazarus, 1991), il a été souligné que les personnes peuvent mettre en place différents moyens, parfois même contradictoires, pour réagir à une même situation stressante, jusqu'à ce qu'ils identifient le moyen qui fonctionne le mieux. Si un moyen ne fonctionne pas, ils sont susceptibles d'en essayer un autre (Folkman & Lazarus, 1991). Ce processus de recherche par essais et erreurs est peut-être en jeu chez ce profil de participants qui semblent avoir utilisé une variété de moyens de *coping* dans les mois précédents l'étude, tout comme une diversité de stratégies d'autogestion. Cependant, cela ne semble pas porter fruit au plan symptomatologique, du moins pas de façon

immédiate, puisque leurs symptômes sont parmi les plus sévères observés dans l'étude. Si près de 80 % des participants de ce profil ont rapporté un diagnostic de dépression, seul un petit nombre a rapporté un diagnostic de trouble anxieux (moins de 30 %). Étonnamment, c'est la sévérité de leurs symptômes anxieux, et non dépressifs, qui était en moyenne la plus élevée. Ces résultats soulèvent la possibilité que d'importantes difficultés anxieuses comorbides étaient sous-diagnostiquées dans ce profil ou simplement que plusieurs ont omis de rapporter ce diagnostic.

Certains de leurs symptômes anxieux pourraient découler d'une possible pression vécue par ces participants à force de s'engager de façon si intensive dans des multiples moyens pour faire face à leurs symptômes. Par exemple, suivre une psychothérapie peut être particulièrement stressant pour une personne (Wills, 2008) et l'autogestion peut devenir un fardeau (Sav. et al., 2013). De la même façon que se concentrer sur la poursuite de son bonheur peut avoir des effets indésirables négatifs (Catalino, Algoe, & Fredrickson, 2014), chercher activement à aller mieux pourrait, dans certaines circonstances, ajouter un stress sur les personnes vivant avec des troubles anxieux et de l'humeur, du moins à court terme. Ces hypothèses interprétatives que nous venons de formuler sur la base des résultats exploratoires de l'étude des profils devront faire l'objet de vérifications futures.

5.1.7. Un profil de rétablissement moins favorable pour les hommes, les personnes défavorisées économiquement et celles vivant seules

Les résultats de la thèse suggèrent que les hommes, les personnes défavorisées au plan économique ainsi que celles vivant seules seraient davantage susceptibles de faire partie du profil en *flétrissement*, caractérisé par l'utilisation moins fréquente de stratégies d'autogestion et des indicateurs défavorables de rétablissement. Ce résultat rejoint plusieurs travaux antérieurs montrant les inégalités sociales de santé auxquelles ces sous-groupes de personnes sont confrontés.

Par exemple, les études montrent que les hommes ont un taux de suicide plus élevé (Nock et al., 2008), un bien-être moindre (Graham & Chattopadhyay, 2013) et un style de vie plus nocif (Von Bothmer & Fridlund, 2005) en comparaison aux femmes. Malheureusement, les services de santé mentale ne sont pas adaptés pour plusieurs hommes qui adhèrent à des normes traditionnelles de masculinité, et craignent notamment de montrer leur vulnérabilité (Lavoie & Houle, 2015). En ce qui concerne la défavorisation économique, tout un domaine de recherche montre que le revenu est un déterminant social de la santé important (voir Mikkonen & Raphael, 2010). L'adoption de comportements de santé serait moindre chez les personnes en situation de défavorisation, ce pour diverses raisons, par exemple le manque d'accès aux ressources et la difficulté à traiter l'information liée à leur santé (Pampel et al., 2010). De façon reliée, les personnes seules seraient en moins bonne santé et adhèreraient moins aux traitements prescrits que les autres personnes en raison de ressources économiques, psychologiques et sociales plus limitées (Robards et al., 2012; Robles et al., 2014; Trivedi et al., 2008). Si les inégalités sociales de santé ont ainsi retenu l'attention dans beaucoup de travaux, les inégalités en termes de probabilités de rétablissement des troubles mentaux ont été peu traitées.

Aussi, le rétablissement a-t-il surtout été étudié dans une perspective individuelle (Weisser et al., 2011). La thèse a permis de faire un pont entre cette perspective individuelle et une perspective communautaire. À notre connaissance, il s'agit d'une première étude à identifier le profil auquel appartiennent des sous-groupes vulnérables, considérant de façon englobante à la fois l'autogestion et des indicateurs de rétablissement en santé mentale. Des études futures sont nécessaires pour mieux comprendre les barrières de nature psychologique, sociale et financière à la base des inégalités auxquelles font face ces sous-groupes en matière d'autogestion et de rétablissement.

5.2. Implications pour les pratiques et les services en santé mentale

La thèse permet une première exploration de l'association entre autogestion et rétablissement en santé mentale. Les résultats suggèrent que l'autogestion, principalement l'utilisation des stratégies des dimensions *pouvoir d'agir* et *vitalité*, est un facteur positif dans le rétablissement. Cela appuie l'importance pour les intervenants de porter une attention à soutenir l'autogestion de leurs clients vivant avec des troubles anxieux et de l'humeur. Le soutien à l'autogestion apparaît comme une avenue pertinente à travers laquelle peuvent s'actualiser des priorités du récent *Plan d'action en santé mentale 2015-2020* du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2015). Ce plan recommande en effet que les organisations et intervenants en santé mentale fassent de la personne « l'actrice principale des soins et services la concernant » (p. 17) et organisent leurs services autour d'une « approche orientée vers le rétablissement » (p. 18). Si davantage d'études sont nécessaires avec des devis plus stricts, les résultats de la thèse laissent tout de même croire qu'en offrant du soutien individualisé aux personnes autour de stratégies d'autogestion qu'elles choisissent elles-mêmes, les intervenants pourraient les aider à cheminer vers le rétablissement.

Une des utilités anticipées du questionnaire d'autogestion en santé mentale mis au point dans l'étude concernait la possibilité d'évaluer l'efficacité des programmes de soutien à l'autogestion pour promouvoir l'adoption de stratégies d'autogestion chez les participants. Les évaluations de programmes à ce jour n'ont, pour la plupart, pas examiné cela (Barlow et al., 2005; Houle et al., 2013). L'utilisation du questionnaire dans un tel contexte a le potentiel de renforcer les données qui font valoir l'utilité des programmes de soutien et de contribuer à l'amélioration de ces programmes. Son utilisation est déjà prévue dans l'évaluation d'une intervention structurée de soutien téléphonique à l'autogestion (Houle et al., 2015). Si le questionnaire a été développé pour des buts de recherche, à plus long terme, après d'autres études de validation, on

peut envisager son utilité clinique pour les intervenants et pairs aidants oeuvrant auprès des personnes avec des troubles anxieux et de l'humeur, permettant de dépister les stratégies qu'elles utilisent et de faire le suivi de leur évolution. À l'heure actuelle, un tel outil clinique spécifique à l'autogestion est manquant, alors que plusieurs outils sont pourtant disponibles aux intervenants pour mesurer le rétablissement (Burgess, Pirkis, Coombs, & Rosen, 2011).

Dans l'esprit des soins centrés sur la personne (Davidson et al., 2015; Storm & Edwards, 2013), l'existence des divers profils d'autogestion souligne l'importance que les interventions de soutien à l'autogestion reconnaissent une variété de stratégies que la personne peut combiner en fonction de sa situation individuelle, notamment en termes de symptômes et de santé mentale positive. Cela rejoint quelques programmes d'autogestion comme le *Wellness Recovery Action Plan* (Cook et al., 2009; Copeland, 1997, 2002) notamment offert à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas à Montréal. Le programme s'appuie sur le développement d'un plan individualisé visant une vie signifiante dans la communauté, au-delà de la réduction des symptômes (Cook et al., 2009). En plus d'un tel programme formel de soutien à l'autogestion, des outils concrets peuvent aussi être mis à la disposition des personnes. Dans cette optique, des chercheurs, praticiens et pairs aidants¹¹, incluant l'auteur de la présente thèse, ont mis au point un outil de soutien à l'autogestion dans lequel la personne peut, seule ou accompagnée par un intervenant, choisir les stratégies d'autogestion qui *lui* conviennent. Pour ce faire, elle peut s'inspirer d'un aide-mémoire comprenant une liste exhaustive de stratégies basée sur les résultats du programme de recherche dans lequel s'inscrit cette thèse. La liste comprend autant

¹¹ Les pairs aidants sont des personnes en rétablissement d'un trouble de santé mentale qui, après avoir reçu une formation, offrent d'autres personnes vivant des difficultés de santé mentale, notamment à travers le partage de son expérience, l'empathie et l'acceptation pour susciter l'espoir et servir de modèle (Davidson, Chinman, Sells, & Rowe, 2006; Repper & Carter, 2010). Au Québec, la formation et l'intégration des pairs aidants dans les services de santé mentale est notamment assuré par le Programme québécois *Pairs Aidants Réseau* de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (aqrp-sm.org/pairs-aidants-reseau).

des stratégies axées sur le rétablissement clinique que d'autres axées sur le rétablissement personnel. En bref, l'outil vise à compléter d'autres approches plus directives et centrées surtout sur les symptômes, comme le Guide d'autosoins pour la dépression de Bilsker et Patterson (2010), relativement connu par les intervenants au Québec (diffusé notamment par le réseau Réseau Qualaxia en santé mentale, www.qualaxia.org).

La considération à part entière du rétablissement personnel dans cet outil d'autogestion s'inscrit en cohérence avec les résultats de la thèse. En effet, les résultats montrent que, dans un échantillon clinique, une proportion considérable de personnes rapportant avoir reçu un diagnostic de trouble anxieux ou de l'humeur peut accéder à un niveau relativement élevé de santé mentale positive, qu'elles soient rétablies ou non de leurs symptômes de trouble mental. Dans une vision du rétablissement intégrant l'approche clinique et personnelle (Provencher & Keyes, 2010, 2011, 2013; Whitley & Drake, 2010), les résultats de la thèse suggèrent qu'il est réaliste pour les intervenants de s'engager à soutenir la santé mentale positive des personnes, même celles vivant avec des symptômes résiduels. Si certains travaux appliqués de psychologie positive peuvent guider les intervenants dans cette lignée, leur application dans les interventions cliniques reste peu fréquente (Wood & Tarrier, 2010). La thèse soulève la pertinence de pousser plus loin l'intégration de la psychologie positive dans les interventions auprès des personnes vivant avec des troubles anxieux et de l'humeur.

La thèse soulève des inégalités sociales en termes de rétablissement auxquelles font face les hommes, les personnes défavorisées économiquement et celles vivant seules. Sur le plan des pratiques cliniques individuelles, cela relève l'importance pour les intervenants d'adapter leurs services aux caractéristiques de ces clientèles. Leur offrir un soutien adapté pourrait les aider à se sortir du profil de *flétrissement* ou à éviter

d'en faire partie. Dans cet esprit, pour les hommes, Lavoie et Houle (2015) suggèrent d'utiliser des approches d'interventions qui respectent les normes de masculinité traditionnelles, qui sont associées au fait que plusieurs hommes n'aiment pas être vus comme vulnérables, faibles ou émotifs. Pour ce faire, ces auteurs proposent de s'inspirer de l'approche orientée vers les solutions (Franklin, Trepper, Gingerich, & McCollum, 2012), en soulignant aux hommes leurs compétences, en proposant des tâches dont les chances de réussite sont grandes et en accueillant l'expression des émotions au masculin (au lieu de s'attendre à ce qu'ils utilisent le vocabulaire consacré). Les intervenants auraient donc avantage à laisser leurs clients masculins s'exprimer à leur manière sur les stratégies d'autogestion qu'ils mettent déjà en place avec succès pour aller mieux, à souligner et à renforcer celles-ci, et à proposer aux clients de s'inspirer de leurs stratégies réussies pour en développer d'autres. Puisque « les hommes traditionnels sont centrés sur le faire et l'agir » (Tremblay, 1996, p. 26), l'avenue du soutien à l'autogestion, centrée sur les actions concrètes dans leur quotidien, s'avère particulièrement prometteuse.

Les intervenants peuvent aussi adapter leurs stratégies d'intervention aux personnes défavorisées économiquement, incluant les personnes seules chez qui la défavorisation est grandissante au Canada (Citizens for Public Justice, 2013). Les études suggèrent que les personnes défavorisées apprécient lorsque les intervenants enrichissent leurs interventions par des attentions comme une blague lors d'une rencontre ou encore un appel pour faire un suivi (Thompson, Cole, & Nitzarim, 2012; Ware, Tugenberg, & Dickey, 2004). Se sentir reconnu comme un individu au-delà des stéréotypes et du trouble mental, et avoir son mot à dire dans l'intervention sont aussi importants, tout comme la présence de certaines similarités entre l'intervenant et le client, contribuant à un sentiment d'humanité partagée (Ware et al., 2004). Ces leviers positifs s'inscrivent tout à fait dans une approche des soins centrés sur la personne, axés sur le rétablissement et le soutien à l'autogestion, dans laquelle la

collaboration, le respect de la dignité de l'individu et le renforcement de son pouvoir d'agir sont à l'avant-plan. L'importance d'un sentiment d'humanité partagée souligne en quoi le soutien à l'autogestion spécifiquement offert par un pair aidant peut aussi être pertinent pour ces clientèles.

Dans la perspective de la psychologie communautaire (García-Ramírez et al., 2014; Wolfe, 2014; Prilleltensky, 2001), favoriser le rétablissement des hommes, des personnes défavorisées au plan économique et de celles vivant seules nécessite des initiatives de changement social. Cela va au-delà de l'adaptation des stratégies d'intervention individuelle, qui doivent être soutenues par un accès facilité aux services et l'amélioration des conditions sociales générales dans lesquelles les personnes vivent. À cet effet, voici brièvement quelques pistes de pratiques inspirantes. Puisque certaines sont issues d'autres contextes culturels ou d'autres champs de pratiques, le but n'est pas de suggérer ici l'application directe de ces bonnes pratiques, mais plutôt d'ouvrir sur une réflexion sur leur utilité pour offrir à tous des chances équitables de rétablissement.

En ce qui concerne l'accès aux services, Hunt et al. (2014) rapportent comment l'implantation d'un programme de promotion de la santé directement dans un milieu fréquenté par les hommes (club de soccer) permet de les rejoindre efficacement. Il pourrait être pertinent de s'inspirer de la formule pour les initiatives de soutien à l'autogestion, qui pourraient être implantées dans des milieux proximaux fréquentés par les hommes, comme le travail, les centres sportifs, etc. Pour les personnes vivant des difficultés économiques, le programme *Improving Access to Psychological Therapies* (Clark et al., 2009) implanté depuis 2008 au Royaume-Uni fait figure d'exemple à suivre (Anderssen, 2015). Fondé sur les guides de pratiques cliniques du National Institute for Health and Care Excellence, ce programme a été mis en place pour étendre l'accès gratuit à la psychothérapie pour les personnes avec trouble

anxieux ou de l'humeur. Une analyse récente (Fansi & Jehanno, 2015) pour l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux du Québec souligne que les résultats de ce programme sont favorables et « qu'il serait avantageux pour le Québec d'étendre [ainsi] l'accès aux services de psychothérapie dans son régime public » (p. 25).

Les interventions et applications en ligne pour les personnes vivant avec des troubles mentaux représentent une autre avenue prometteuse (Donker et al., 2013). Cela favorise l'accessibilité aux services, rejoignant les personnes directement chez elles et à faible coût (Lal & Adair, 2014). Pour certaines personnes seules, par exemple les mères monoparentales, participer à de telles interventions constitue une façon de réduire leur isolement sans avoir à quitter la maison et à trouver un service de gardiennage pour les enfants (Lipman, Kenny, & Marziali, 2011).

En termes d'amélioration des milieux de vie fréquentés par les personnes en rétablissement, les programmes donnant accès à des logements abordables, par exemple AccèsLogis Québec ou le Programme de supplément au loyer, sont pertinents parce qu'ils comblent un besoin de base et favorisent la participation sociale (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015). On peut aussi penser à des initiatives de revitalisation et des interventions urbanistiques pour rendre les quartiers plus favorables au rétablissement. En fait, la défavorisation économique se retrouve chez les individus individuellement, mais aussi parfois à l'échelle des quartiers entiers. Le niveau de défavorisation du quartier a été lié de façon prospective à l'incidence de la dépression (Galea et al., 2007). À l'inverse, certains travaux suggèrent que les quartiers de meilleure qualité aux plans physique et social seraient associés à moins de symptômes de trouble mental (Kim, 2008) et à davantage de santé mentale positive (Coulombe et al., 2016).

S'inspirer des quelques initiatives mentionnées ci-dessus pourrait être utile pour réfléchir à l'accessibilité et à l'organisation des services en santé mentale, de même que pour améliorer les milieux de vie. Une telle réflexion serait bénéfique pour réduire à la source les inégalités auxquelles font face certains sous-groupes de personnes avec des troubles anxieux et de l'humeur dans leur autogestion et leur rétablissement.

5.3. Limites de la thèse

Plusieurs des limites de la thèse ont été évoquées dans la discussion des deux articles qui la composent. Ces limites sont synthétisées ici.

Plusieurs limites concernent l'échantillon de participants à l'étude, en termes de taille, caractéristiques et recrutement. Si de petits échantillons peuvent parfois suffire (de Winter, Dadou, & Wieringa, 2009), en raison de la taille d'échantillon tout de même restreinte ($N=149$), nous avons opté pour diminuer le nombre de paramètres à estimer dans les modèles. Ainsi, nous avons regroupé certains items en parcelles pour tester les modèles structuraux (vérification de la distinction entre autogestion et indicateurs du rétablissement). Si cette technique de regroupement est jugée acceptable (Little, Cunningham, Shahar, & Widaman, 2002), des études futures avec de plus grands échantillons pourraient considérer l'ensemble des items séparément. La taille d'échantillon a aussi nécessité de conduire les analyses factorielles exploratoires et confirmatoires avec les mêmes participants, puisqu'il était impossible de réserver la moitié de l'échantillon pour chacune de ces analyses. Cela aurait permis un meilleur test de la structure factorielle du questionnaire (Gatignon, 2010; Wang et al., 2013). Conduire une analyse confirmatoire sur un même échantillon que l'analyse exploratoire est tout de même jugée utile, permettant de vérifier une première fois la répliquabilité des résultats avant de le faire sur un échantillon nouveau

dans une étude future (Wang et al., 2013). Pour le second volet de la thèse, la taille d'échantillon respectait aussi les lignes directrices minimales pour des analyses de profils latents (Formann, 1984 in Tuma & Decker, 2013; Williams & Kibowski, 2016). Cependant, elle reste modeste pour de telles analyses (Mueller et al., 2010) et cela a pu avoir influencé les profils identifiés. L'existence du profil en *lutte* auquel appartenait un petit nombre de participants seulement mérite d'être répliquée dans des études futures. Répliquer les résultats avec un plus large échantillon serait bénéfique pour appuyer davantage leur validité et leur représentativité.

Deuxièmement, en ce qui concerne la composition de l'échantillon, rappelons qu'il était composé à majorité de femmes et de personnes avec un niveau d'éducation élevé. Concernant le premier volet, les études futures devraient s'attarder à vérifier la stabilité de la structure factorielle et des qualités psychométriques à travers les sexes et les niveaux d'éducation, en assurant une meilleure variabilité des personnes sur ces variables. Dans le cadre du second volet, les résultats ont tout de même mis en évidence les inégalités auxquelles font face les hommes, identifiés comme davantage à risque de faire partie du profil en *flétrissement*. Cependant, en ce qui concerne le niveau d'éducation, il est ressorti non relié aux profils d'autogestion. Une plus grande variabilité des participants sur cette variable serait utile pour valider ce résultat. Une proportion importante de participants possédaient un diplôme universitaire, possiblement en raison du mode de recrutement par Internet, une interface qui est utilisée plus amplement par les personnes ayant des niveaux d'éducation plus élevés (Middleton, Veenhof & Leith, 2010). Une autre note concernant la composition de l'échantillon réside dans l'inclusion de participants recrutés en France. Cela peut limiter la généralisation des résultats à d'autres populations.

Troisièmement, les participants formaient un échantillon de convenance recruté par le biais d'une invitation en ligne. L'organisme communautaire Revivre a participé à

l'envoi de l'invitation à ses membres. Puisque l'organisme s'appuie sur une vision du rétablissement qui mise sur l'autogestion, il se peut que les participants à l'étude aient reçu des ateliers d'autogestion de cet organisme et qu'ils étaient donc davantage conscientisés à l'importance de l'autogestion. Malheureusement, cela n'a pas été mesuré. Notons cependant que ce ne sont pas l'ensemble des membres de la liste d'envoi de Revivre qui obtiennent des services à l'organisme de façon fréquente. Il est donc peu probable que l'ensemble des participants étaient des experts de l'autogestion, comme le suggèrent les résultats qui montrent un profil (*flétrissement*) de personnes peu engagées dans des stratégies d'autogestion.

Des données appuient la qualité des résultats des études en ligne (Gosling, Vazire, Srivastava, & John, 2004) et soulignent leur utilité pour inclure des personnes à travers de nombreuses régions (Wright, 2006). Cependant, les personnes qui participent à de telles études ne sont pas nécessairement représentatives de la population plus large en termes de caractéristiques démographiques (Barratt, Ferris, & Lenton, 2014). De plus, le mode de collecte en ligne n'a pas permis de valider le diagnostic reçu par les participants, et fait aussi en sorte que l'étude s'appuie entièrement sur des mesures relativement brèves et autorapportées. Une collecte traditionnelle plus en profondeur en face à face permettrait de fournir des mesures plus objectives et complètes des symptômes, par exemple à l'aide du Structured Clinical Interview for DSM Disorders (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 2002). Pour des raisons éthiques, les participants vivant des symptômes sévères de dépression ou d'anxiété, tout comme ceux possiblement en manie, étaient automatiquement exclus de l'étude puisque répondre aux questionnaires aurait pu aggraver leurs symptômes, les mettant en danger. Ces participants étaient redirigés vers une liste de ressources. Il se peut que cette exclusion ait influencé les résultats, notamment les profils identifiés dans le deuxième volet. De plus, les symptômes maniaques n'ont pas pu être considérés à part entière comme indicateur de

rétablissement dans l'étude en raison du manque de variabilité engendré par l'exclusion des personnes en épisode actif. Des études en face à face permettraient probablement d'inclure les participants ayant des symptômes plus sévères, en raison de la possibilité pour l'équipe de recherche d'intervenir sur-le-champ si une exacerbation des symptômes était observée en réaction à l'étude.

Une quatrième limite de l'étude est son devis transversal, sauf le deuxième temps de mesure de l'autogestion exclusivement réservé à l'examen de la fiabilité test-retest du questionnaire. Une étude longitudinale complète serait utile pour rendre compte du caractère dynamique du rétablissement, pouvant être considéré comme un processus s'échelonnant à travers le temps, avec des "setbacks and plateaus along the way" (Farkas, 2007, p. 72). Une telle étude devrait s'échelonner sur une période de temps assez longue pour permettre l'observation de variations dans l'autogestion ainsi que dans le rétablissement, en matière de symptômes et de santé mentale positive. Une telle étude longitudinale serait utile pour vérifier la fiabilité test-retest du questionnaire à plus long terme, ainsi que la sensibilité au changement. De plus, elle permettrait de mieux comprendre les résultats des deux volets de la thèse en répondant à plusieurs questions : Si l'utilisation des stratégies d'autogestion de la dimension *clinique* est corrélée positivement aux symptômes de façon transversale, est-elle associée à une réduction des symptômes de façon longitudinale? L'engagement des personnes du profil en *lutte* dans de nombreuses stratégies d'autogestion malgré des symptômes élevés peut-il justement contribuer à réduire ces symptômes sur le long terme? Est-ce que la pression liée à l'utilisation fréquente de beaucoup stratégies peut causer du stress qui aggrave les symptômes? Au fil du temps, comment les personnes évoluent-elles? Progressent-elles d'un profil à l'autre par exemple, les personnes du profil en *flétrissement* progressent-elles vers le profil en *épanouissement*, qui semble mener à une sorte d'aboutissement du processus de rétablissement? Si oui, des stratégies d'autogestion sont-elles en jeu? Si la thèse ne

permet pas de répondre à ces questions, elle a justement permis de susciter la réflexion et de dégager de telles interrogations.

Enfin, la thèse s'inscrit dans une approche transdiagnostique, intégrant des personnes vivant avec des troubles anxieux et de l'humeur, sans distinguer ces troubles de façon fine. Cette approche transdiagnostique prend appui sur la comorbidité élevée entre ces troubles (de Graaf et al., 2002; Hirschfeld, 2001; Merikangas et al., 2007). De plus, les résultats qualitatifs antérieurs suggèrent que les personnes avec différents troubles anxieux et de l'humeur utilisent sensiblement les mêmes stratégies d'autogestion (Villaggi et al., 2015). Une approche transdiagnostique rejoint aussi la perspective préconisée par des professionnels en soins de première ligne où ces troubles sont les plus fréquemment traités (voir Jacob & Patel, 2014). Soutenant cette approche, les différents profils de rétablissement qui ont émergé de la thèse comprenaient à la fois des personnes rapportant avoir reçu un diagnostic de trouble anxieux, dépressif et bipolaire. Cependant, l'appartenance au profil semblait varier en fonction du diagnostic. Des études futures nécessitent de pousser plus loin la comparaison des profils de rétablissement des différents troubles. Distinguer les différents troubles anxieux et de l'humeur, en utilisant par exemple la classification plus fine offerte par le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013a), pourrait permettre d'orienter de façon plus spécifique les interventions, ce qui serait notamment utile pour les intervenants plus spécialisés (Stein, 2015).

5.4. La force d'une approche intégrée

Un grand défi auquel fait face la psychologie actuellement est d'intégrer ses différentes approches pour étudier la vie mentale, la façon dont elle évolue à travers le temps et en fonction des interactions avec l'environnement social (Cleeremans, 2010). La diversité d'approches nuit aux relations à l'intérieur même de la discipline

et avec les autres disciplines (Cleeremans, 2010). Cleeremans (2010, p. 2) évoque que « not only is it high time that we start speaking to each other, but it may also be the case that doing so is absolutely essential for psychology to thrive as a discipline of its own in the future ».

Très humblement et à petite échelle, la thèse a permis de contribuer à avancer dans cette direction intégrative. En effet, la thèse reposait sur un cadre théorique intégrant la psychologie positive, la psychologie communautaire et l'approche centrée sur la personne. Il s'agit d'une innovation, car malgré des points de jonction, ces champs sont restés relativement isolés jusqu'à maintenant (Schueller, 2009; Hershberger, 2005). Des idées issues de champs connexes comme la psychologie clinique, les soins primaires, la santé publique et la gestion des maladies chroniques ont aussi été intégrées dans la thèse pour étayer l'argumentaire et la méthodologie. Une approche analytique orientée vers la personne a complété l'approche usuelle orientée vers les variables. Ces différentes approches de recherche et d'intervention utilisent des terminologies, des valeurs et des principes différents, mais dans une visée pragmatique (Creswell, 2015), la thèse a voulu mettre à profit les éléments utiles à une meilleure compréhension de l'objet d'étude.

Qu'elles en parlent en termes de réduction des symptômes, de santé mentale positive, de bien-être, de pouvoir d'agir, de justice sociale, d'autosoins ou d'autogestion, les différentes approches intégrées dans la thèse ont toutes pour objectif de mieux comprendre et soutenir ce qui permet une vie meilleure pour les personnes. Dans le contexte des troubles anxieux et de l'humeur, la thèse a permis de rallier ces différentes perspectives autour de la notion englobante de rétablissement, dans la lignée des travaux de Provencher et Keyes (2010, 2011, 2013). Comme nous l'avons résumé dans cette discussion, les résultats fournissent des informations inédites pour mieux comprendre et favoriser le rétablissement. Ils fournissent aussi des pistes de

pratiques et de réflexion qui reposent sur la collaboration entre des intervenants de différents champs disciplinaires, allant du psychologue clinicien au psychologue communautaire, en passant par les décideurs et les pairs aidants en santé mentale.

CONCLUSION

Les troubles anxieux et de l'humeur sont les troubles mentaux les plus fréquents, associés à un fardeau important pour les personnes touchées et la société. Les personnes qui vivent avec ces troubles sont souvent confrontées à vivre avec des symptômes résiduels et des risques élevés de rechute, même après l'obtention d'un traitement adéquat. Dans cette situation marquée par la chronicité, les personnes avec ces troubles peuvent-elles espérer se rétablir au plan clinique (diminution de leurs symptômes) et personnel (promotion de leur santé mentale positive)? Quelles stratégies d'autogestion ces personnes mettent-elles en place pour gérer leurs symptômes, prévenir la récurrence, mais aussi pour optimiser leur santé mentale positive au quotidien? Certaines personnes sont-elles plus susceptibles de présenter un profil de rétablissement favorable ou défavorable, par exemple en fonction de leur sexe ou de leur niveau économique? Si la recherche sur le rétablissement et l'autogestion en santé mentale est croissante, aucune étude n'avait précisément porté sur ces questions. L'examen de ces questions était ralenti par l'absence d'un questionnaire validé et compréhensif de l'autogestion.

Appuyée sur des principes et des valeurs des psychologies positive et communautaire, ainsi que sur l'approche des soins centrés sur le patient, la thèse avait pour but d'explorer l'autogestion des troubles anxieux et de l'humeur. Elle visait aussi à examiner comment l'autogestion est interreliée avec des indicateurs de rétablissement clinique et personnel. La thèse a été divisée en deux volets. Le premier volet visait à développer et à effectuer une première validation d'un questionnaire d'autogestion en santé mentale auprès de participants rapportant avoir reçu un diagnostic d'un ou plusieurs de ces troubles. Le second volet visait à explorer les différents profils de

rétablissement dégagés à partir des stratégies d'autogestion utilisées par les participants et de leur niveau de rétablissement clinique et personnel.

S'appuyant sur une démarche multiphasique avec un comité d'experts, le questionnaire inédit d'autogestion développé dans le premier volet a montré des qualités psychométriques satisfaisantes auprès de l'échantillon de 149 personnes. Cette étude a permis de délimiter le construit d'autogestion en santé mentale pour une première fois, identifiant trois dimensions principales : *clinique* (stratégies axées sur les symptômes), *pouvoir d'agir* (stratégies axées sur le fait de reconnaître ses forces et limites, et la prise de pouvoir), et *vitalité* (stratégies axées sur un style de vie sain et actif). Quoique reliés, l'autogestion et le rétablissement clinique et personnel se sont révélés des construits distincts. Avant d'envisager un usage en clinique, des études futures avec de plus grands échantillons sont nécessaires pour approfondir la validation du questionnaire.

Utilisant les données recueillies auprès des participants du premier volet de la thèse, les analyses de profils latents du deuxième volet ont fait ressortir trois profils distincts de rétablissement. Un résultat d'intérêt est l'existence d'un profil de participants (en *lutte*) présentant des symptômes modérément sévères de façon concomitante avec une santé mentale positive relativement élevée. Ces participants étaient parmi les plus engagés dans l'autogestion, utilisant de façon fréquente des stratégies des dimensions *clinique*, *pouvoir d'agir* et *vitalité*. Cela appuie l'idée selon laquelle les personnes qui vivent des symptômes anxieux ou dépressifs peuvent tout de même atteindre un niveau appréciable de santé mentale positive. Dans l'esprit de la psychologie positive dite 2.0 ou de deuxième vague, cela soutient aussi l'importance pour les intervenants d'adopter une approche holistique dans le soutien à l'autogestion et au rétablissement afin d'accompagner la personne à la fois dans la promotion de sa santé mentale positive en plus de l'habituel travail sur la réduction des symptômes.

Les résultats soulignent aussi que les chances de présenter un profil de rétablissement favorable (symptômes légers, santé mentale positive élevée, stratégies d'autogestion fréquentes) sont moindres pour les hommes, les personnes défavorisées au plan économique et celles vivant seules. Dans une approche centrée sur la personne, la discussion de la thèse identifie des pistes pour que les intervenants adaptent leurs interventions de soutien aux caractéristiques sociodémographiques des personnes. Dans l'esprit de la psychologie communautaire, la discussion propose aussi quelques pistes pour inspirer une réflexion sur l'accessibilité aux services en santé mentale et l'aménagement des milieux de vie pour qu'ils soient favorables au rétablissement des sous-groupes plus vulnérables ou opprimés.

Des études longitudinales sont nécessaires pour mieux comprendre la relation entre l'autogestion et les indicateurs de rétablissement clinique et personnel. La thèse constituait une étape préalable à de telles études, en mettant au point un questionnaire, en montrant la distinction entre les construits d'autogestion et de rétablissement, et en explorant comment ils sont associés à travers différents profils de participants. Une force de la thèse est la perspective englobante qu'elle a mise de l'avant, intégrant l'étude d'une variété de troubles anxieux et l'humeur, et mettant à profil des notions de champs disciplinaires divers.

Dans cette lignée intégrative, nous espérons que cette thèse mènera à l'amélioration des pratiques pour soutenir le rétablissement des personnes avec troubles anxieux et de l'humeur, en renforçant et en capitalisant sur leur pouvoir d'agir. Au-delà d'actions concertées de la part des intervenants et décideurs, la thèse ouvre sur une réflexion plus large qui rejoint chaque citoyenne et citoyen. Comme ces troubles mentaux sont les plus courants et que leur prévalence à vie est élevée, chacune et chacun d'entre nous sommes à risque d'y être confronté directement ou indirectement chez un de nos proches. Quel soutien voudrions-nous que la société offre aux

personnes en rétablissement? Comme l'autogestion s'exerce dans la vie quotidienne, quelles améliorations peuvent-elles être faites dans les milieux que nous fréquentons pour faciliter la mise en place de stratégies d'autogestion, en passant de l'aménagement d'espaces naturels où se ressourcer dans les quartiers, jusqu'à l'accès à du soutien psychologique en milieu de travail? Comme forme de solidarité sociale, quelles actions pouvons-nous faire pour accompagner nos proches et nos concitoyens dans l'autogestion de leur trouble mental et dans leur rétablissement? À l'interface de l'individu et de la société, de telles questions méritent d'être au cœur d'une approche véritablement intégrative du rétablissement en santé mentale.

ANNEXE A

COMPOSITION DE L'ÉQUIPE DE RECHERCHE

Équipe de cochercheurs du projet de recherche
« Autogestion et rétablissement en santé mentale »
Directrice : Janie Houle, PhD, UQAM

Cochercheur(e)	Affiliation	Expertise mise à profit ou rôle dans le projet
Hélène Provencher, PhD	Sciences infirmières, Université Laval	Rétablissement en santé mentale
Catherine Hudon, PhD	Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Université de Sherbrooke	<i>Empowerment</i> et autogestion en contexte de maladies chroniques
Pasquale Roberge, PhD	Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Université de Sherbrooke	Services et pratiques cliniques de première ligne en santé mentale, troubles anxieux et dépressif
Martin D. Provencher, PhD	Département de psychologie, Université Laval	Traitement des troubles anxieux, dépressifs et bipolaires
Sarah-Geneviève Trépanier, PhD	Département de psychologie, Université du Québec à Montréal	Analyses factorielles confirmatoires (analyses d'équations structurelles)
Simon Coulombe, doctorant	Département de psychologie, Université du Québec à Montréal	Développement du QASM et réalisation de l'étude empirique de validation
Sophie Meunier, PhD	Département de psychologie, Université du Québec à Montréal	Entrevues qualitatives pour faire émerger les stratégies d'autogestion

ANNEXE B

SONDAGE POUR RECUEILLIR L'AVIS DU COMITÉ D'EXPERT SUR LA
PREMIÈRE VERSION DU QASM

Sondage sur le questionnaire de mesure des stratégies d'autogestion

Le présent sondage a été conçu afin de permettre aux experts du comité de donner leur avis sur le questionnaire que l'équipe de recherche a développé pour mesurer les stratégies d'autogestion dans le contexte du rétablissement d'un problème de santé mentale.

Les 86 énoncés dont vous prendrez connaissance ont été élaborés à partir des réponses des participants aux entrevues qualitatives. À titre de rappel, nous avons développé les énoncés afin qu'ils s'appliquent à la fois aux personnes vivant avec un trouble dépressif, anxieux ou bipolaire. Le questionnaire est conçu pour être utilisé dans les recherches sur le rétablissement en santé mentale.

Ce sondage est divisé en plusieurs parties pour avoir votre avis sur les composantes suivantes du questionnaire : les instructions, les échelles de réponses, les énoncés.

Instructions

Voici les instructions qui seront transmises aux participants de recherche afin de leur indiquer comment remplir le questionnaire. Veuillez en prendre connaissance et inscrire vos commentaires dans la case prévue à cet effet.

Voici une liste de stratégies que vous utilisez peut-être pour aller mieux ou pour préserver une bonne santé mentale. Ces stratégies ne sont pas nécessairement des choses compliquées ou planifiées d'avance. Ça inclut les petites choses que les gens peuvent faire dans leur quotidien pour aller mieux.

Pour chaque stratégie, indiquez d'abord dans quelle mesure vous la jugez appropriée pour **vous**, selon votre situation de vie, vos goûts et votre personnalité, en choisissant un chiffre sur l'échelle allant de (0) Pas du tout à (3) Beaucoup.

Pour chaque stratégie, indiquez ensuite à quelle fréquence vous l'utilisez **depuis les six derniers mois** en choisissant un chiffre sur l'échelle allant de (0) Jamais à (3) Très souvent.

Les personnes diffèrent quant aux stratégies qu'elles utilisent dans leur rétablissement d'un problème de santé mentale. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Nous voulons connaître votre réalité!

Commentaires sur les instructions : Que pensez-vous des instructions? Sont-elles assez claires? Sont-elles assez précises? Qu'est-ce que vous changeriez?

Insérez votre réponse ici.

Échelle de réponse

À l'aide d'un exemple d'énoncé, nous vous présentons ici les deux questions auxquelles les participants devront répondre pour chaque énoncé (chaque énoncé correspond à une stratégie d'autogestion). Veuillez prendre connaissance de ces questions et des échelles de réponse, et inscrire vos commentaires dans la case prévue à cet effet.

J'assiste à des conférences ou des ateliers pour m'informer sur les difficultés que je vis.				
	0. Pas du tout	1. Un peu	2. Moyennement	3. Beaucoup
Dans quelle mesure est-ce approprié pour moi?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<hr/>				
	0. Jamais	1. Parfois	2. Souvent	3. Très souvent
À quelle fréquence Est-ce que je l'utilise?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Commentaires sur l'échelle de réponse : Que pensez-vous des deux questions posées à gauche dans les zones bleues de l'exemple? Que pensez-vous de l'ordre des deux questions? Que pensez-vous des choix de réponse proposés?

Insérez votre réponse ici.

Dans les pages suivantes, nous vous présenterons les 86 énoncés qui composent la version préliminaire du questionnaire. Nous avons classé les énoncés par catégorie selon les 5 dimensions de l'approche du rétablissement décrite par les auteurs Whitley & Drake (2010) : clinique, existentielle, fonctionnelle, sociale, physique.

La classification des énoncés dans ces dimensions n'est pas parfaite à ce stade. Si vous voyez des incongruités dans le classement de certaines stratégies, n'hésitez pas à nous en faire part. Il est important de souligner que dans le questionnaire final, les énoncés seront mélangés et ne seront donc pas séparés par dimension comme dans le présent sondage.

Nous voulons avoir votre avis afin de réussir à réduire le nombre d'énoncés à 60 ou moins, répartis le plus également possible entre les dimensions. Il est important de souligner qu'il y aura plus d'énoncés à retrancher des dimensions clinique et existentielle. Pour identifier les items à conserver et ceux à supprimer, nous nous baserons sur votre évaluation du niveau de pertinence et de clarté de chaque énoncé. Un espace est prévu après chacun d'eux afin que vous puissiez aussi inscrire des commentaires additionnels, si vous en avez. Tous les commentaires constructifs sont les bienvenus!

Dimension clinique (diminution et contrôle des symptômes, gestion des rechutes)

Voici les énoncés que nous avons développés pour les stratégies d'autogestion qui s'inscrivent dans la dimension clinique du rétablissement. Veuillez évaluer chaque énoncé sur sa pertinence et sa clarté à l'aide des échelles de réponse figurant sous l'item. Pour chaque énoncé, vous pouvez ajouter un commentaire additionnel si vous le souhaitez.

1. Je prends conscience de mes difficultés quand je ne vais pas bien.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

2. Je lis ou navigue sur Internet pour m'informer sur les difficultés que je vis.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

3. J'assiste à des conférences ou des ateliers pour m'informer sur les difficultés que je vis.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

4. J'explore les causes de mon problème de santé mentale.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

5. Je me tiens informé(e) des ressources disponibles pour m'aider avec les difficultés que je vis.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

6. Je m'informe auprès des gens vivant ou ayant vécu des difficultés similaires aux miennes.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

7. Je me fixe des attentes réalistes pour mon rétablissement.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

8. Je prends des médicaments pour mon problème de santé mentale selon les indications d'un professionnel de la santé.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires sur l'énoncé

9. Je consulte un professionnel (médecin, psychologue, travailleur social, etc.) pour mon problème de santé mentale.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires sur l'énoncé

10. J'utilise des traitements complémentaires (art-thérapie, luminothérapie, acupuncture, etc.) pour mon problème de santé mentale.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires sur l'énoncé

11. Je m'entoure de professionnels de la santé qui répondent bien à mes besoins.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires sur l'énoncé

12. Je m'implique activement dans le processus thérapeutique avec le(s) professionnel(s) de la santé que je consulte.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires sur l'énoncé

13. J'essaie de modifier mon discours intérieur, de remettre mes pensées en perspective.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires sur l'énoncé

14. J'essaie de confronter mes peurs.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires sur l'énoncé

15. Je prends du recul par rapport aux événements pour ne pas me laisser envahir par ceux-ci.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires sur l'énoncé

16. J'essaie de résoudre les problèmes qui m'arrivent en y allant une étape à la fois.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires sur l'énoncé

17. Je trouve des outils (trucs, moyens) pour m'aider à gérer les moments difficiles.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires sur l'énoncé

18. Je fais une démarche de psychothérapie.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

19. Je fais l'auto-observation de mes pensées, mes émotions, mes comportements.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

20. Je suis attentif aux signes avant-coureurs d'une rechute de mon problème de santé mentale.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

21. Je continue à appliquer les outils (trucs, moyens) qui me font du bien lorsque mes difficultés s'améliorent.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

Commentaires généraux sur la catégorie Clinique

Dimension existentielle (bien-être émotionnel, optimisme envers le futur, authenticité, spiritualité)

Voici les énoncés que nous avons développés pour les stratégies d'autogestion qui s'inscrivent dans la dimension existentielle du rétablissement. Veuillez évaluer chaque énoncé sur sa pertinence et sa clarté à l'aide des échelles de réponse figurant sous l'item. Pour chaque énoncé, vous pouvez ajouter un commentaire additionnel si vous le souhaitez.

22. J'apprends à accepter mon problème de santé mentale.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

23. Je me rappelle que les difficultés que je vis sont des opportunités d'évoluer.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

24. J'essaie de ne pas me laisser abattre, de garder espoir.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

25. Je m'inspire de personnalités connues vivant ou ayant vécu des difficultés similaires aux miennes.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

26. Je demeure ouvert(e) à différentes approches pour gérer mon problème de santé mentale.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

27. Je m'entoure de mots d'encouragement, d'images ou de phrases inspirantes.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

28. J'utilise l'humour.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

29. Je fais des activités qui mettent mes forces en valeur.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

30. Je trouve les outils (trucs, moyens) qui fonctionnent selon mes goûts, selon qui je suis.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

31. J'apprends à faire la distinction entre mon problème de santé mentale et moi en tant que personne.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

32. Je m'identifie à des modèles, des personnes réelles ou des personnages fictifs qui me ressemblent ou m'inspirent.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

33. Je réserve du temps pour moi, pour faire des choses qui me plaisent.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

34. Je concentre mon attention sur le moment présent.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

35. Je fais une retraite pour me ressourcer.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

36. Je vais à mon propre rythme.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

37. J'essaie de mieux vivre avec mes limites.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

38. Je m'affirme lorsque cela ne fait pas mon affaire.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

39. Je me félicite pour mes réussites, petites ou grandes.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

40. J'essaie de m'aimer comme je suis.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

41. J'exprime ce que je pense, ce que je ressens.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

42. J'apprécie les belles choses, les petits plaisirs de la vie.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

43. J'évite de me laisser influencer par les autres.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

44. J'évite de me comparer aux autres.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

45. Je consacre du temps à ma vie spirituelle (religion, philosophie, etc.).

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

46. Je poursuis mes désirs, mes rêves.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

Commentaires généraux sur la catégorie Existentielle.

Dimension fonctionnelle (remplir un rôle dans la société, fonctionnement au quotidien)

Voici les énoncés que nous avons développés pour les stratégies d'autogestion qui s'inscrivent dans la dimension fonctionnelle du rétablissement. Veuillez évaluer chaque énoncé sur sa pertinence et sa clarté à l'aide des échelles de réponse figurant sous l'item. Pour chaque énoncé, vous pouvez ajouter un commentaire additionnel si vous le souhaitez.

47. Je trouve des moyens de faire ce que j'ai à faire, d'accomplir mes tâches.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

48. Je m'occupe (travail, bénévolat, etc.) de façon à ne pas toujours penser à mes difficultés.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

49. Je me fixe des objectifs réalistes.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

50. Je tiens un agenda des tâches à effectuer.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

51. Je fréquente des endroits publics dans mon quartier, ma municipalité.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

52. Je fais des activités que j'aime pour garder un rythme de vie actif.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

53. J'organise mes journées autour d'une routine.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

54. Je gère mon horaire en fonction de mes capacités.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

55. J'ai des activités dans lesquelles je me sens valorisé(e).

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

56. Je me fixe des buts, des objectifs qui me permettent de m'impliquer dans la société.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

57. J'ai une activité qui me permet de m'impliquer dans la société.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

58. J'aménage mon milieu de vie pour qu'il réponde bien à mes besoins.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

Commentaires généraux sur la catégorie Fonctionnelle.

Dimension sociale (contacts sociaux, soutien affectif/matériel/informationnel de ses proches)

Voici les énoncés que nous avons développés pour les stratégies d'autogestion qui s'inscrivent dans la dimension sociale du rétablissement. Veuillez évaluer chaque énoncé sur sa pertinence et sa clarté à l'aide des échelles de réponse figurant sous l'item. Pour chaque énoncé, vous pouvez ajouter un commentaire additionnel si vous le souhaitez.

59. Je participe à un groupe de soutien ou d'entraide pour m'aider à gérer les difficultés que je vis.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

60. J'accepte de suivre les conseils d'autrui lorsque je trouve ces conseils utiles.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

61. J'évite de me fier aux autres pour faire ce que j'ai à faire, accomplir mes tâches.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

62. Je gère mes difficultés de façon à minimiser les impacts sur mon entourage.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

63. J'échange avec des personnes vivant ou ayant vécu des difficultés similaires aux miennes.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires sur l'énoncé

64. Je trouve du réconfort, de l'écoute auprès de mon entourage.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires sur l'énoncé

65. Je demande de l'aide concrète (services, matériel, etc.) à mon entourage.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires sur l'énoncé

66. Je prends soin d'une ou de plusieurs personnes autour de moi.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires sur l'énoncé

67. J'aide des personnes qui ont des difficultés similaires aux miennes.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires sur l'énoncé

68. Je fais des activités récréatives, des sorties avec d'autres personnes.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires sur l'énoncé

69. J'évite les relations négatives.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires sur l'énoncé

70. Je prends soin d'un animal.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires sur l'énoncé

71. J'ai une occupation (travail, bénévolat, etc.) qui me permet de voir des gens.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires sur l'énoncé

72. J'évite de discuter de mes difficultés avec certaines personnes.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires sur l'énoncé

Commentaires généraux sur la catégorie Sociale.

Dimension physique (avoir des comportements promoteurs de bonne santé physique)

Voici les énoncés que nous avons développés pour les stratégies d'autogestion qui s'inscrivent dans la dimension physique du rétablissement. Veuillez évaluer chaque énoncé sur sa pertinence et sa clarté à l'aide des échelles de réponse figurant sous l'item. Pour chaque énoncé, vous pouvez ajouter un commentaire additionnel si vous le souhaitez.

73. Je fais du sport, de l'activité physique.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

74. Je prends du temps de repos lorsque j'en ai besoin.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

75. Je diminue mes heures de travail, bénévolat ou autres occupations lorsque j'ai besoin de repos.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

76. J'ai de bonnes habitudes de sommeil.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires sur l'énoncé

77. J'ai une alimentation saine.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires sur l'énoncé

78. Je consomme modérément ou pas du tout de substances nuisibles (alcool, boisson énergisante, café, etc.).

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires sur l'énoncé

79. Je consulte un médecin pour ma santé physique.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires sur l'énoncé

80. J'utilise des ressources alternatives pour ma santé (chiropraticien, ostéopathe, produits naturels, etc.).

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires sur l'énoncé

81. Je ne fume pas ou je fume moins.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires sur l'énoncé

82. Je pratique la méditation.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires sur l'énoncé

83. Je fais des exercices pour me relaxer (yoga, tai-chi, techniques de respiration, etc.).

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires sur l'énoncé

84. J'évite les événements stressants.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires sur l'énoncé

85. Je fais des activités de détente (massage, spa, etc.).

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires sur l'énoncé

86. J'ai une vie sexuelle saine.

	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
Pertinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Commentaires sur l'énoncé</u>				

Commentaires généraux sur la catégorie Physique.

--

Questions générales

Est-ce qu'il y a des stratégies d'autogestion importantes selon vous qui manquent à la liste d'énoncés? **Si oui**, lesquelles?

Auriez-vous d'autres suggestions ou questions qui n'ont pas été couvertes? (Si vous avez des commentaires sur des énoncés spécifiques, vous pouvez utiliser l'espace prévu après chaque énoncé dans le questionnaire)

ANNEXE C

QUESTIONNAIRE EN LIGNE POUR L'ÉTUDE EMPIRIQUE DE VALIDATION DU QASM ET D'EXPLORATION DES PROFILS DE RÉTABLISSEMENT

QUESTIONS PRÉLIMINAIRES

Les questions suivantes serviront à déterminer si vous remplissez les critères de participation à l'étude. Veuillez donc répondre au meilleur de vos connaissances.

1. Mon âge

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Moins de 18 ans
☐ 18 ans et plus

2. J'ai une bonne compréhension du français écrit.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
☐ Non

3. Un médecin ou un psychiatre m'a déjà diagnostiqué un trouble anxieux, un trouble dépressif, un trouble bipolaire (ou une combinaison de ces troubles) il y a un an ou plus?

- ☐ Oui
☐ Non

Les troubles anxieux incluent : trouble d'anxiété généralisée, trouble panique sans ou avec agoraphobie, phobie spécifique, phobie sociale, trouble obsessionnel compulsif, état de stress post-traumatique, etc.

4. Avec quel(s) trouble(s) vivez-vous actuellement? Veuillez préciser depuis combien de temps pour chacun.

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

☐ Trouble anxieux

Si coché : Quand votre diagnostic de trouble anxieux a-t-il été posé?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Il y a moins d'un an.
☐ Il y a un an ou plus.

☐ Trouble dépressif

Si coché : Quand votre diagnostic de trouble dépressif a-t-il été posé?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Il y a moins d'un an.
☐ Il y a un an ou plus.

☐ Trouble bipolaire

Si coché : Quand votre diagnostic de trouble bipolaire a-t-il été posé?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Il y a moins d'un an.
☐ Il y a un an ou plus

5. Je reçois ou j'ai déjà reçu un traitement pour mon trouble (médication ou psychothérapie).

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
☐ Non

Si oui : Veuillez préciser le(s) mode(s) de traitement.

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

☐ Médication

Si coché : Avez-vous pris cette médication dans le dernier mois ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
☐ Non

☐ Psychothérapie

Si coché : La thérapie est-elle en cours ou terminée ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ En cours
☐ Terminée

6. Je suis enceinte ou j'ai accouché dans les douze derniers mois.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
☐ Non

7. J'ai participé aux entrevues qualitatives de la première phase du projet Je vais mieux!

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
☐ Non

QUESTIONS PRELIMINAIRES 2/4

Les questions suivantes serviront à déterminer si vous remplissez les critères de participation à l'étude. Veuillez donc répondre au meilleur de vos connaissances.

Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants?

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
8. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Avoir peu d'appétit ou manger trop	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), d'avoir déçu sa famille ou de s'être déçu(e) soi-même	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

QUESTIONS PRELIMINAIRES 3/4

Les questions suivantes serviront à déterminer si vous remplissez les critères de participation à l'étude. Veuillez donc répondre au meilleur de vos connaissances.

Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants?

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
17. Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Inquiétudes excessives à propos de tout et de rien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Difficulté à se détendre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Agitation telle qu'il est difficile de rester tranquille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Devenir facilement contrarié(e) ou irritable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Avoir peur que quelque chose d'épouvantable puisse arriver	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

QUESTIONS PRELIMINAIRES 4/4

Les questions suivantes comportent 5 groupes d'énoncés qui serviront à déterminer si vous remplissez les critères de participation à l'étude. Veuillez lire attentivement chacun de ces groupes d'énoncés. Choisissez l'énoncé de chaque groupe qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours de la dernière semaine. Cochez l'énoncé que vous avez choisi.

Important : Veuillez noter que l'expression « occasionnellement », utilisée dans certains des énoncés ci-bas, signifie une ou deux fois; le mot « souvent » fait référence à plusieurs fois; alors que le mot « fréquemment » veut dire la plupart du temps.

24. Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Je ne me sens pas plus heureux(se) ou plus gai(e) que d'habitude.
- ☐ Je me sens occasionnellement plus heureux(se) ou plus gai(e) que d'habitude.
- ☐ Je me sens souvent plus heureux(se) ou plus gai(e) que d'habitude.
- ☐ La plupart du temps, je me sens plus heureux(se) ou plus gai(e) que d'habitude.
- ☐ Je me sens toujours plus heureux(se) ou plus gai(e) que d'habitude.

25. Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Je n'ai pas plus confiance en moi que d'habitude.
- ☐ J'ai occasionnellement plus confiance en moi que d'habitude.
- ☐ J'ai souvent plus confiance en moi que d'habitude.
- ☐ La plupart du temps, j'ai plus confiance en moi que d'habitude.
- ☐ J'ai toujours extrêmement confiance en moi.

26. Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Je n'ai pas besoin de moins de sommeil que d'habitude.
- ☐ J'ai besoin occasionnellement de moins de sommeil que d'habitude.
- ☐ J'ai souvent besoin de moins de sommeil que d'habitude.
- ☐ J'ai fréquemment besoin de moins de sommeil que d'habitude.
- ☐ Je peux rester actif(ve) jour et nuit sans jamais dormir et sans me sentir fatigué(e).

27. Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Je ne parle pas plus que d'habitude.
- ☐ Je parle occasionnellement plus que d'habitude.
- ☐ Je parle souvent plus que d'habitude.
- ☐ Je parle fréquemment plus que d'habitude.
- ☐ Je parle constamment et je ne peux être interrompu(e).

28. Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Je n'ai pas été plus actif(ve) (socialement, sexuellement, au travail, à la maison ou à l'école) que d'habitude.
- ☐ J'ai été occasionnellement plus actif(ve) que d'habitude.
- ☐ J'ai souvent été plus actif(ve) que d'habitude.
- ☐ J'ai fréquemment été plus actif(ve) que d'habitude.
- ☐ Je suis constamment actif(ve) ou toujours à la course.

DEBUT DU QUESTIONNAIRE

Lisez chaque énoncé et indiquez s'il est vrai ou faux en ce qui vous concerne.

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Vrai	Faux
29. Je trouve parfois difficile de continuer à travailler si on ne m'encourage pas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Je sens parfois de la rancœur quand je ne peux pas faire les choses à ma façon.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. À quelques occasions, il m'est arrivé de renoncer à ce que j'avais entrepris parce que je ne croyais pas avoir les habiletés nécessaires.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Quelques fois, j'ai eu envie de me rebeller contre des gens qui exercent l'autorité même si je savais qu'ils avaient raison.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Peu importe la personne qui me parle, j'écoute toujours très bien.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Il m'est déjà arrivé de profiter de quelqu'un.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Lorsque je fais une erreur, je suis toujours prêt(e) à l'admettre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. J'essaie parfois de me venger plutôt que de pardonner et d'oublier.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Je suis toujours poli(e) même avec les gens désagréables.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Je n'ai jamais été contrarié(e) lorsque les gens exprimaient des idées très différentes des miennes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Il m'est arrivé d'être assez jaloux(se) de la chance des autres.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Je me sens parfois irrité(e) lorsque des gens me demandent des faveurs.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. Je n'ai jamais dit délibérément quelque chose qui pouvait blesser quelqu'un.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

FAIRE FACE AU STRESS LIE AU DIAGNOSTIC

La prochaine série de questions concerne la façon dont vous réagissez au stress depuis que vous avez appris que vous avez un trouble de santé mentale. Il existe autant de façons de faire face à un trouble de santé mentale qu'il y a de personnes atteintes, mais nous sommes intéressés à la façon dont vous réagissez. Chaque énoncé présente une façon différente d'y faire face et nous voulons savoir à quel point il s'applique à vous. Sachez qu'il n'y a aucune bonne réponse et que nous cherchons à obtenir le reflet le plus près de votre réalité.

Quelles ont été vos réactions depuis que vous avez appris que vous avez un trouble de santé mentale?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas du tout	Un peu	Moyen- nement	Beau- coup
54. Je me suis tourné(e) vers le travail ou d'autres activités pour me changer les idées.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55. J'ai déterminé une ligne d'action et je l'ai suivie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56. Je me suis dit que ce n'était pas réel.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
57. J'ai consommé de l'alcool ou d'autres substances pour me sentir mieux.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
58. J'ai recherché un soutien émotionnel de la part des autres.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59. J'ai renoncé à essayer de résoudre la situation.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60. J'ai essayé de trouver du réconfort dans ma religion ou dans des croyances spirituelles.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
61. J'ai accepté la réalité de ma nouvelle situation.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
62. J'ai évacué mes sentiments déplaisants en en parlant.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
63. J'ai recherché l'aide et le conseil d'autres personnes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
64. J'ai essayé de voir la situation sous un jour plus positif.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
65. Je me suis critiqué(e).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
66. J'ai essayé d'élaborer une stratégie à propos de ce qu'il y avait à faire.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
67. J'ai recherché le soutien et la compréhension de quelqu'un.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
68. J'ai abandonné l'espoir de faire face.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
69. J'ai pris la situation avec humour.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
70. J'ai fait quelque chose pour moins y penser (comme aller au cinéma, regarder la TV, lire, rêver tout éveillé(e), dormir ou faire les magasins).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
71. J'ai exprimé mes sentiments négatifs.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
72. J'ai essayé d'avoir des conseils ou de l'aide d'autres personnes à propos de ce qu'il fallait faire.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
73. J'ai concentré mes efforts pour résoudre la situation.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
74. J'ai refusé de croire que ça m'arrivait.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
75. J'ai consommé de l'alcool ou d'autres substances pour m'aider à traverser la situation.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
76. J'ai appris à vivre dans ma nouvelle situation.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
77. J'ai planifié les étapes à suivre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
78. Je me suis reproché les choses qui m'arrivaient.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
79. J'ai recherché les aspects positifs dans ce qu'il m'arrivait.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
80. J'ai prié ou médité.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
81. Je me suis amusé(e) de la situation.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Réfléchissez à ce que vous avez fait et ressenti au cours du dernier mois. Vous devez indiquer à quel point vous avez ressenti les sensations qui figurent ci-dessous.

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Très rarement ou pratique- ment jamais	Rare- ment	Parfois	Souvent	Très souvent ou toujours
96. Sensations positives	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
97. Sensations négatives	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
98. Je me suis senti(e) bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
99. Je me suis senti(e) mal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
100. Des choses agréables	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
101. Des choses désagréables	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
102. Je me suis senti(e) heureux(se)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
103. Je me suis senti(e) triste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
104. J'ai ressenti de la peur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
105. Je me suis senti(e) joyeux(se)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
106. Je me suis senti(e) en colère	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
107. J'ai ressenti de la satisfaction	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

MES PROJETS PERSONNELS

Pensez aux buts, activités, engagements et projets dans lesquels vous êtes actuellement impliqué(e). **Dans l'ensemble**, comment les évalueriez-vous sur le plan des dimensions suivantes. Veuillez choisir le chiffre approprié sur une échelle allant de 1 à 10.

116. Dans l'ensemble, mes buts, activités, engagements et projets actuels...

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ 1 = sont peu significatifs pour moi
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10 = sont très significatifs pour moi

117. Dans l'ensemble, mes buts, activités, engagements et projets actuels...

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ 1 = sont chaotiques
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10 = sont bien organisés

118. Dans l'ensemble, mes buts, activités, engagements et projets actuels...

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ 1 = manquent de soutien social
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10 = reçoivent beaucoup de soutien social

119. Dans l'ensemble, mes buts, activités, engagements et projets actuels...

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ 1 = m'occasionnent peu de stress
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10 = m'occasionnent beaucoup de stress

120. Dans l'ensemble, mes buts, activités, engagements et projets actuels...

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ 1 = sont peu plaisants
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10 = sont très plaisants

121. Dans l'ensemble, mes buts, activités, engagements et projets actuels...

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ 1 = progressent mal
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10 = progressent bien

MA PARTICIPATION SOCIALE

Au cours des six derniers mois, à quelle fréquence avez-vous fait les activités suivantes :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Jamais	Moins qu'une fois par semaine	Au moins une fois par mois	Au moins une fois par semaine	Presque tous les jours
122. Rendu visite aux membres de votre famille ou à vos amis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
123. Praticqué un passe-temps à l'extérieur de la maison comme jouer aux cartes, au bridge ou au bingo, faire de la musique en groupe, chanter dans une chorale, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
124. Fréquenté un centre de communautaire ou de loisirs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
125. Fréquenté des magasins ou des boutiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
126. Fréquenté des restaurants/bistros/cafés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
127. Assisté à un événement sportif ou culturel (une pièce de théâtre, un film, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
128. Suivi un cours de peinture, de langue, d'internet, de tricot, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
129. Participé à un groupe d'échange ou d'entraide	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
130. Fréquenté une bibliothèque ou une maison de la culture	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
131. Faire du bénévolat au sein d'organismes communautaires ou religieux, d'écoles ou d'autres associations	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

MES CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES**196. Êtes-vous?**

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Un homme
☐ Une femme

197. Quel âge avez-vous?

Veillez écrire votre réponse ici :

198. Quelle(s) langue(s) parlez-vous habituellement chez vous?

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

Langue 1 : _____

Langue 2 : _____

Langue 3 : _____

Langue 4 : _____

Langue 4 : _____

Vous pouvez indiquer jusqu'à un maximum de 5 langues différentes.

199. Quelle est la première langue que vous avez apprise et que vous parlez encore?

Veillez écrire votre réponse ici :

200. Dans quel pays êtes-vous né(e)?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Canada
☐ France
☐ Autre

Si autre: Veuillez préciser le nom de votre pays d'origine.

Veillez écrire votre réponse ici :

201. Si aujourd'hui vous résidez au Canada, en quelle année êtes-vous arrivé(e) ?

Veillez écrire votre réponse ici :

202. Dans quel pays votre mère est-elle née?Veuillez écrire votre réponse ici :

203. Dans quel pays votre père est-il né?Veuillez écrire votre réponse ici :

204. Quel est votre statut matrimonial ACTUEL?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

☐ Marié(e) ou en union libre (conjoint de fait)
Si coché: Depuis combien de temps vivez-vous avec votre conjoint(e)?
Veuillez écrire votre réponse ici :

☐ Veuf(ve), séparé(e) ou divorcé(e)

☐ Célibataire, jamais marié(e)

205. En vous comptant vous-même, combien y a-t-il de personnes dans votre ménage, c'est-à-dire toutes les personnes qui vivent sous le même toit que vous?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

☐ 1 personne

☐ 2 personnes

☐ 3 personnes

☐ 4 personnes

☐ 5 personnes

☐ 6 personnes

☐ 7 personnes

☐ 8 personnes ou plus

206. Quel est le niveau de scolarité le plus élevé que vous avez terminé (ou l'équivalent si vous avez effectué votre scolarité ailleurs qu'au Québec)?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

☐ Sans diplôme d'études secondaires

☐ Diplôme d'études secondaires

☐ Diplôme d'études professionnelles

☐ Diplôme d'études collégiales (pré-universitaire ou technique)

☐ Diplômes d'études universitaires (certificat, baccalauréat, maîtrise, doctorat)

207. Pouvez-vous estimer dans lequel des groupes suivants le revenu annuel de votre ménage se trouve? Nous voulons avoir la somme des revenus totaux de toutes les personnes dans votre ménage, avant impôts et déductions.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ 0 à 9 999\$
- ☐ 10 000\$ à 19 999\$
- ☐ 20 000\$ à 29 999\$
- ☐ 30 000\$ à 39 999\$
- ☐ 40 000\$ à 49 999\$
- ☐ 50 000\$ à 59 999\$
- ☐ 60 000\$ à 69 999\$
- ☐ 70 000\$ à 79 999\$
- ☐ 80 000\$ à 89 999\$
- ☐ 90 000\$ à 99 999\$
- ☐ 100 000\$ et +

208. Comment percevez-vous votre situation économique par rapport à d'autres personnes de votre âge?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Vous vous considérez à l'aise financièrement
- ☐ Vous considérez que vos revenus sont suffisants
- ☐ Vous vous considérez pauvre
- ☐ Vous vous considérez très pauvre
- ☐ Ne sais pas

209. Quel est votre code postal?

Veuillez écrire votre réponse ici :

Cette information servira à faire le lien avec les données du recensement, votre anonymat sera préservé.

210. Environ depuis quand résidez-vous à ce code postal?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Moins d'un an
- ☐ Entre 1 an et 5 ans
- ☐ 6 ans ou plus

Merci beaucoup de votre participation!

J'accepte de recevoir un rappel par courriel afin de remplir une version courte du questionnaire dans environ 2 semaines.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

☐ Oui

☐ Non

À titre indicatif : La durée approximative pour compléter le second questionnaire est de 20 minutes.

Si oui: Veuillez inscrire votre adresse courriel pour recevoir un rappel.
Veuillez écrire votre réponse ici :

ANNEXE D

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM, a examiné le protocole de recherche suivant et jugé conforme aux pratiques habituelles et répond aux normes établies par le Cadre normatif pour l'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM (juin 2012).

Protocole de recherche

Chercheur(e) principal(e) : Janie Houle

Unité de rattachement : Département de psychologie

Équipe de recherche:

Co-chercheur(s) : Catherine Hudon et Pasquale Roberge (Université de Sherbrooke); Martin D. Provencher et Hélène Provencher (Université Laval); Jean Lambert (Université de Montréal); **Personnel de recherche :** Sophie Meunier, assistante de recherche (département de psychologie – UQAM); **Étudiant(s) de 1^{er} cycle ou de cycles supérieurs :** Simon Coulombe (doctorat en psychologie – UQAM); Stéphanie Radziszewski (baccalauréat en psychologie)

Étudiant(s) réalisant leurs projets de mémoire ou de thèse (incluant les thèses de spécialisation) dans le cadre du présent protocole de recherche : s/o

Titre du protocole de recherche : Autogestion et rétablissement en santé mentale (Phase B – volet quantitatif transversal)

Organisme de financement (le cas échéant): FSH et Bourse FRQS (2014-2015)

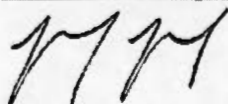
Modalités d'application

Le présent certificat est valide pour le projet tel que soumis au CIEREH. Les modifications importantes pouvant être apportées au protocole de recherche en cours de réalisation doivent être communiquées au comité¹.

Tout évènement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité ou l'éthicité de la recherche doit être communiqué au comité.

Toute suspension ou cessation du protocole (temporaire ou définitive) doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat d'éthique est valide jusqu'au **2 octobre 2015**. Selon les normes de l'Université en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique. Le rapport d'avancement de projet (renouvellement annuel ou fin de projet) est requis pour le : **2 septembre 2015** : <http://www.recherche.uqam.ca/ethique/humains/comites-reunions-formulaires-eth-humains/cier-comite-institutionnel-dethique-de-la-recherche-avec-des-etres-humains.html>



2 octobre 2014

Maria Nengeh Mensah
 Professeure
 Présidente

Date d'émission initiale du certificat

¹ Modifications apportées aux objectifs du projet et à ses étapes de réalisation, au choix des groupes de participants et à la façon de les recruter et aux formulaires de consentement. Les modifications incluent les risques de préjudices non-prévus pour les participants, les

ANNEXE E

INVITATION À PARTICIPER À L'ÉTUDE



PARTICIPATION À UNE ÉTUDE SUR LES STRATÉGIES D'AUTOGESTION DES TROUBLES ANXIEUX, DÉPRESSIF ET BIPOLAIRE

L'équipe de recherche du laboratoire Vitalité de l'UQAM (www.vitalite.uqam.ca) travaille actuellement au développement d'un questionnaire novateur portant sur les stratégies d'autogestion utilisées dans le rétablissement d'un trouble anxieux, dépressif ou bipolaire.

Nous vous invitons à participer à cette étude qui nous permettra de valider ce nouveau questionnaire mesurant les éléments qui aident ou qui nuisent au processus de rétablissement d'un trouble de santé mentale. Ce questionnaire permettra, par l'entremise de futures études, d'obtenir une meilleure compréhension des stratégies d'autogestion et ainsi de concevoir des interventions de promotion de la santé mieux adaptées aux personnes en rétablissement.

Pour participer, vous devez :

- Être âgé(e) de 18 ans ou plus
- Avoir une bonne compréhension du français écrit
- Avoir reçu un diagnostic de trouble anxieux, dépressif ou bipolaire il y a un an ou plus, et être (ou avoir été) suivi(e) par un professionnel de la santé pour l'un de ces troubles
- Ne pas avoir participé aux entrevues qualitatives de la première phase de l'étude
- Ne pas être enceinte ou avoir accouché au cours de la dernière année

Vous devrez remplir un questionnaire en ligne d'environ 40 minutes sur un site web sécurisé. Les questions porteront sur votre santé mentale actuelle et sur votre perception des stratégies que vous utilisez pour vous rétablir au quotidien.

Si vous désirez participer, suivez le lien ci-dessous :

<http://vitaliteuqam.limequery.com/index.php/637894/lang-fr>.

Si vous avez des questions au sujet de ce projet, vous pouvez communiquer avec M. Simon Coulombe, coordonnateur de la recherche au 514-987-3000 #4388 ou à l'adresse coulombe.simon@uqam.ca.

ANNEXE F

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



**FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT POUR LA
PARTICIPATION À UN QUESTIONNAIRE DANS LE CADRE DE L'ÉTUDE:**

« AUTOGESTION ET RÉTABLISSEMENT EN SANTÉ MENTALE - PHASE B »

Chercheuse principale : Janie Houle, Ph. D., Université du Québec à Montréal

Co-chercheurs : Catherine Hudon, Ph. D., Université de Sherbrooke
 Pasquale Roberge, Ph. D., Université de Sherbrooke
 Martin D. Provencher, Ph. D., Université Laval
 Hélène Provencher, Ph. D., Université Laval
 Jean Lambert, Ph. D., Université de Montréal
 Sophie Meunier, Ph. D., Université du Québec à Montréal
 Simon Coulombe, cand. Ph. D., Université du Québec à Montréal

Organisme subventionnaire : Les fonds de recherche de la chercheuse principale, Mme Janie Houle, professeure au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal.

Introduction : Vous êtes invité(e) à participer à une étude qui s'adresse à des personnes adultes ayant reçu un diagnostic de trouble anxieux, dépressif ou bipolaire depuis au moins un an. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à entrer en contact avec la chercheuse responsable du projet ou avec les autres membres du personnel affecté au projet de recherche pour leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair ou poser toutes les questions que vous jugerez utiles. Les coordonnées de ces personnes sont écrites plus bas.

Nature et objectifs du projet : L'objectif principal de cette recherche est de mieux comprendre les éléments qui aident ou qui empêchent le processus de rétablissement des personnes atteintes de troubles anxieux, dépressifs ou bipolaires. Plus particulièrement, nous développons un questionnaire visant à documenter les comportements que ces personnes mettent en place dans leur quotidien pour aller mieux.

Participation demandée : Afin de participer à cette phase de l'étude, vous devez : être âgé(e) de 18 ans et plus; avoir une bonne compréhension du français écrit; avoir obtenu un diagnostic de trouble anxieux, dépressif ou bipolaire il y a un an ou plus; et être suivi(e) ou avoir été suivi(e) par un professionnel de la santé pour l'un de ces troubles. Au total, un minimum de 210 personnes sera recruté pour participer à cette phase de l'étude. Vous n'êtes pas admissible si vous avez participé à l'entrevue qualitative menée par l'équipe de recherche dans la phase A de l'étude, pour éviter une modification des résultats causée par de multiples participations. Vous remplirez en premier des questionnaires qui permettront de connaître votre niveau de symptômes. Si vous obtenez un score élevé à ces questionnaires, vous ne pourrez avoir accès aux questions suivantes. Ce critère a été mis en place pour éviter de causer un inconfort émotionnel aux personnes qui pourraient se retrouver durant un épisode sévère de leur trouble. Vous êtes aussi non admissible si vous êtes une femme enceinte ou ayant accouché dans la dernière année.

Votre participation consistera à :

Si vous acceptez les conditions énoncées ici, vous devrez remplir un questionnaire sécurisé sur Internet au cours duquel on vous posera des questions pour évaluer votre santé mentale actuelle (présence de symptômes dépressifs, anxieux ou bipolaires) et votre perception des stratégies que vous utilisez pour vous rétablir au quotidien. Vous devrez remplir le questionnaire une première fois, ce qui devrait durer environ 40 minutes. Aussi, cela nous aiderait beaucoup si vous pouviez remplir un autre questionnaire en ligne deux semaines plus tard, ce qui devrait durer environ 20 minutes. Un rappel à cet effet est prévu par courriel, si vous l'acceptez.

Au besoin, vous pouvez arrêter de remplir le questionnaire en cliquant sur le bouton « Finir plus tard » situé au bas de chaque page du questionnaire. Pour reprendre plus tard, veuillez simplement retourner sur le site et cliquer sur le bouton « Charger un questionnaire non terminé » situé au bas de ce formulaire de consentement.

Avantages et bénéfices : Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel direct de votre participation à cette étude. Toutefois, en participant, vous contribuerez à mettre à l'essai un nouvel outil de mesure sur les stratégies que les personnes atteintes de trouble dépressif, anxieux ou bipolaire utilisent pour se rétablir. Nous espérons que cet outil sera utile pour mieux comprendre et aider le rétablissement de ces personnes.

Risques et inconvénients : Ce genre d'études ne comporte aucun risque pour votre santé, surtout considérant que le questionnaire sur les stratégies d'autogestion est axé sur le côté positif du rétablissement et non sur les difficultés. Le seul inconvénient est le temps que vous consacrez à participer (total d'environ 60 minutes si vous remplissez les deux questionnaires). Aucun organisme d'aide ne sera informé de votre participation à l'étude. Votre décision de participer ou non n'aura donc aucun impact sur vos relations avec de tels organismes.

Compensation : Aucune compensation ne vous est offerte pour la participation à cette phase de l'étude.

Clause de responsabilité : En cas de préjudice lié à votre participation à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, l'organisme subventionnaire ou les établissements de leur responsabilité civile et professionnelle.

Confidentialité : Les questionnaires seront remplis en ligne. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet vous seront demandés. Votre nom et vos coordonnées complètes ne seront pas recueillis. Votre adresse courriel vous sera également demandée dans le but de vous envoyer une copie du présent formulaire et, si vous acceptez, un rappel à remplir la deuxième partie du questionnaire deux semaines après avoir fini la première partie. Les informations seront traitées de manière strictement confidentielle et anonyme. Un code non-nominal vous sera attribué et seuls les membres de l'équipe de recherche auront accès à ces informations. La chercheuse principale ainsi que tous les membres de l'équipe de recherche s'engagent à respecter la confidentialité des renseignements recueillis. Les informations seront conservées sur le serveur institutionnel de l'Université du Québec à Montréal. Les données seront conservées pendant sept ans et par la suite détruites de façon sécuritaire.

À des fins de surveillance et de contrôle, le dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM (CIÉR).

Aucune publication sur la recherche ne contiendra de renseignements permettant de vous identifier.

Vous avez le droit de demander à consulter les renseignements à votre sujet qui sont conservés par les chercheurs. Vous avez également le droit de demander à ce que toute inexactitude soit corrigée.

Financement du projet : L'étude est subventionnée par les fonds de recherche de Mme Janie Houle, professeure et chercheuse au département de psychologie de l'UQAM. Ces fonds lui ont été accordés par le Fonds de recherche du Québec - Santé (FRQS), ainsi que par la Faculté des sciences humaines de l'UQAM.

Communication des résultats généraux : À la fin du présent formulaire, vous aurez la possibilité de nous indiquer si vous désirez recevoir un résumé des résultats de notre étude par courriel.

Liberté de participation et liberté de retrait de l'étude : Votre participation à ce questionnaire est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer et vous pouvez refuser de répondre à certaines questions ou vous retirer de l'étude en tout temps en quittant le questionnaire sans le compléter. Peu importe la décision que vous prendrez, cela n'aura aucun impact sur vos relations avec votre organisme d'aide.

Personnes-ressources : Si vous avez des questions au sujet de l'étude, vous pourrez en tout temps communiquer avec la chercheuse principale, Mme Janie Houle au (514) 987-3000 poste 4751 ou avec le coordonnateur du projet, M. Simon Coulombe au (514) 987-3000 poste 1687. Le comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM (CIÉR) a approuvé le projet de recherche auquel vous allez participer. Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche sur le plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter la présidence du CIÉR, par l'intermédiaire de son secrétariat au numéro (514) 987-3000 poste 7753 ou par courriel à CIEREH@UQAM.CA.

Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche : Le comité d'éthique de la recherche de l'UQAM a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

Consentement : J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie que j'ai eu l'occasion de contacter l'équipe de recherche afin de poser toutes les questions concernant ce projet de recherche. Dans le cas où j'ai effectivement contacté l'équipe de recherche, je confirme qu'on a répondu à toutes mes questions à ma satisfaction. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour réfléchir et prendre ma décision. Je sais que je pourrai me retirer de cette étude en tout temps et que je recevrai un exemplaire du présent formulaire par courriel.

J'accepte de participer à cette étude.

Oui ☐

Non ☐

Engagement de la chercheuse

Je certifie a) que nous nous sommes rendus disponibles pour expliquer au participant les termes du présent formulaire de consentement; b) qu'on lui a clairement indiqué par le présent formulaire qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au présent projet. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement, et à en envoyer par courriel une copie au sujet de recherche.

Janie Houle



Nom de la chercheuse

Signature de la chercheuse

Informations de type administratif :

— En acceptant de participer à cette étude, l'équipe de recherche recevra l'acceptation du participant. Cette information sera conservée de façon confidentielle au bureau de recherche de l'UQAM. Une copie du présent formulaire de consentement sera envoyée par courriel au participant.

— Le projet de recherche et le présent formulaire de consentement ont été approuvés par le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM (CIÉR) le 2 octobre 2014.

— No de référence : A-140004

ANNEXE G

LISTE DE RESSOURCES D'AIDE FOURNIE
AUX PARTICIPANTS NON-ADMISSIBLES

Nous vous remercions grandement d'avoir pris le temps de répondre à quelques questions de notre recherche.

Cependant, afin d'aller plus loin, il est nécessaire de correspondre à un profil très particulier qui est différent du vôtre. C'est pourquoi votre participation se termine ici.

Si vous avez des questions au sujet de ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec M. Simon Coulombe, coordonnateur de la recherche au 514-987-3000 #4388 ou à l'adresse coulombe.simon@uqam.ca.

Si vous avez sélectionné l'option de recevoir les résultats de l'étude, ceux-ci vous seront communiqués par courriel une fois la collecte et l'analyse des données complétées. Pour accéder à la page de présentation du projet de recherche, [cliquez ici].

SI VOUS AVEZ BESOIN DE SOUTIEN, LES RESSOURCES SUIVANTES SONT LÀ POUR VOUS AIDER. N'HÉSITEZ PAS À LES UTILISER.

POUR UN SOUTIEN PSYCHOSOCIAL IMMÉDIAT

FRANCE

SOS Amitié

S.O.S. Amitié offre, à tous ceux qui choisissent d'appeler, la possibilité de mettre des mots sur leur souffrance et, ainsi, de prendre le recul nécessaire pour retrouver le goût de vivre. Le site donne les numéros d'appel de chaque région et offre aussi un service d'écoute web (anonymat, confidentialité et non directivité).

<http://www.sos-amitie.org>

SOS Dépression - 08 92 70 12 38 (0.33 cts/min)

Cette ligne offre une écoute psychologique ponctuelle et une éventuelle orientation par des professionnels, anonyme et sans jugement, 7j/7 et 24h/24. <http://sosdepression.org>

SOS Suicide Phénix

Accueil et écoute des personnes confrontées au suicide, 7j/7 de 16h à 20h.

<http://www.sos-suicide-phenix.org>

Numéro national: **0825 120 364** (15ct / min)

Numéro régional Île-de-France: **01 40 44 46 45** (prix d'un appel local)

Suicide écoute - 01 45 39 40 00 (prix d'un appel local)

Accueil et écoute des personnes confrontées au suicide, 24h/24, 7j/7. <http://www.suicide-ecoute.fr/>

QUÉBEC**1 866 APPELLE (277-3553) (ligne d'intervention en prévention du suicide)**

Cette ligne d'appel québécoise propose de l'aide aux personnes en détresse, à leur entourage, aux personnes touchées par un suicide. La communication est confidentielle et gratuite. Les intervenants au bout du fil sont formés et compétents et peuvent vous aider et vous mettre en lien avec les ressources de votre région. La ligne est ouverte 24 h par jour, 7 jours sur 7. Pour une aide immédiate, appelez 1 866 APPELLE (277-3553).

8-1-1 INFO-SANTÉ / INFO-SOCIAL

Le service Info-Santé/Info-Social constitue une composante majeure de la première ligne de soins de santé. Il permet de répondre à certaines questions courantes sur la santé, ou de diriger la personne vers la bonne porte dans le système de santé et de services sociaux.

TEL-AIDE - 514 935-1101

Tel-Aide a pour mission d'offrir un service d'écoute en français et en anglais, gratuit, anonyme et confidentiel, 24 heures sur 24, 7 jours par semaine à toute personne qui ressent le besoin de se confier, de parler de ses problèmes ou qui pense au suicide. <http://www.telaide.org/>

AUTRES RESSOURCESFRANCE**Écoute-famille - 01 42 63 03 03 (prix d'un appel local)**

Cette ligne d'écoute créée par l'Unafam est destinée aux familles ayant un proche en souffrance psychique. Des psychologues conseillent et orientent les familles. Service téléphonique ouvert du lundi au vendredi de 9h à 13h et de 14h à 18h. Répondeur en dehors des heures d'ouverture. <http://www.unafam.org/Ecoute-famille-un-espace-de-libre.html>

Croix-Rouge écoute - 0 800 858 858

Créé en 1988, Croix-Rouge Ecoute est un service d'écoute généraliste, anonyme et gratuit, qui répond aujourd'hui à 20 000 appels par an. <http://www.croix-rouge.fr/>

Revivre-France

Revivre-France est une association basée sur Toulouse (Haute-Garonne), à but non-lucratif, indépendante, dont le but est de venir en aide aux personnes souffrant de phobie sociale, agoraphobie, trouble panique, trouble d'anxiété généralisée (TAG), ainsi qu'à leur entourage proche. Elle propose un espace d'accueil, d'écoute, d'entraide et de compréhension au moyen de groupes de parole, ateliers, conférences et sorties, en dehors d'un cadre thérapeutique. Revivre-France est soutenue par des médecins psychiatres et des psychologues et s'appuie sur la solide expérience de l'association québécoise REVIVRE (créée en 1983) au travers d'un partenariat. <http://revivre-france.org/index.php>

QUÉBEC

Centre local de services communautaires (CLSC)

Les CLSC offrent des soins de 1^{ère} ligne en santé par l'entremise de professionnels des champs médicaux et psychosociaux. Pour trouver le CLSC le plus près de chez vous, rendez-vous sur: <http://sante.gouv.qc.ca/systeme-sante-en-bref/csss>

Revivre 1 866 REVIVRE (798-4873) (ligne d'information et de référence)

Revivre est une association québécoise venant en aide aux personnes souffrant de troubles anxieux, dépressifs ou bipolaires. La ligne est ouverte du lundi au vendredi de 9h00 à 17h00. Vous trouverez sur le site de Revivre de l'information sur les troubles de santé mentale, des nouvelles concernant l'Association, un bulletin d'information, et bien d'autre documentation pour vous aider. www.revivre.org

Association canadienne pour la santé mentale

Cette association œuvre à la promotion de la santé mentale des Canadiens et au rétablissement des personnes vivant avec un problème de santé mentale. Son site Internet contient des informations pour comprendre la santé et la maladie mentales, et pour obtenir de l'aide. <http://www.cmha.ca/fr>

Ordre des psychologues du Québec 514 738-1223 / 1 800 561-1223

Le psychologue est un professionnel de la santé qui peut accompagner les personnes vivant avec un trouble de santé mentale dans une démarche thérapeutique pour les aider à aller mieux. Le site Internet de l'Ordre des psychologues contient des informations sur la santé mentale ainsi qu'un outil vous permettant de trouver un psychologue offrant des services en bureau privé. Un service de référence téléphonique est aussi disponible du lundi au vendredi.

<http://www.ordrepsy.qc.ca/fr/public/trouver-un-professionnel2/service-de-reference.sn>

Centre de services psychologiques de l'Université du Québec à Montréal 514 987-0253

Ce centre de services associé au Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal offre des services psychologiques à prix modiques à Montréal. Les services sont offerts par des stagiaires aux études avancées en psychologie, encadrés par une équipe de psychologues qualifiés.

<https://psychologie.uqam.ca/centre-de-services-psychologiques.html>

Clinique universitaire de psychologie de l'Université de Montréal 514 343-7725

Cette clinique associée au Département de psychologie de l'Université de Montréal offre des services psychologiques à prix modiques à Montréal. Les services sont offerts par des stagiaires aux études avancées en psychologie, encadrés par une équipe de psychologues qualifiés.

<http://psy.umontreal.ca/ressources-services/clinique-universitaire-de-psychologie>

ANNEXE H

PREUVE D'ACCEPTATION DU PREMIER ARTICLE DE THÈSE DANS LE
JOURNAL OF AFFECTIVE DISORDERS

De: **Nisreen Mobayed** n.o.mobayed@gmail.com
Objet: Your Submission
Date: 2 avril 2015 13:43
À: coulombe.simon@courrier.ugam.ca

NM

Ms. Ref. No.: JAD-D-15-00399
Title: Mental Health Self-Management Questionnaire: Development and Psychometric Properties
Journal of Affective Disorders

Dear Mr. Simon Coulombe,

I am pleased to confirm that your paper "Mental Health Self-Management Questionnaire: Development and Psychometric Properties" has been accepted for publication in the Journal of Affective Disorders.

Comments from the Editor and Reviewers can be found below.

When your paper is published on ScienceDirect, you want to make sure it gets the attention it deserves. To help you get your message across, Elsevier has developed a new, free service called AudioSlides: brief, webcast-style presentations that are shown (publicly available) next to your published article. This format gives you the opportunity to explain your research in your own words and attract interest. You will receive an invitation email to create an AudioSlides presentation shortly. For more information and examples, please visit <http://www.elsevier.com/audioslides>.

Thank you for submitting your work to this journal.

With kind regards,

Hagop Akiskal
Editor-in-Chief
Journal of Affective Disorders

Comments from the Editors and Reviewers:

Your submission has been accepted as is, no need for any revision.

ANNEXE I

PREUVE D'ACCEPTATION DU DEUXIÈME ARTICLE DE THÈSE DANS
FRONTIERS IN PSYCHOLOGY,
SECTION PSYCHOLOGY FOR CLINICAL SETTINGS

De: **Frontiers** noreply@frontiersin.org
 Objet: Guendalina Graffigna via Frontiers: Provisional acceptance of your manuscript
 Date: 4 avril 2016 05:16
 À: coulombe.simon@courrier.uqam.ca

F

Guendalina Graffigna has sent you a message. Please click 'Reply' to send a direct response

Dear Dr Coulombe,

I am pleased to inform you that your manuscript Profiles of recovery from mood and anxiety disorders: A person-centered exploration of people's engagement in self-management has been provisionally accepted for publication in Frontiers in Psychology, section Psychology for Clinical Settings. Please note that your manuscript is in the final validation stage while the Frontiers Editorial Office is verifying that production can be initiated. During this stage, you may be contacted should issues be identified that require re-activation of the review process to resolve the concerns. Until this stage is complete your submission has not been definitely accepted. You will receive a notification of final acceptance when the manuscript has been approved.

Article type: Original Research

Title: Profiles of recovery from mood and anxiety disorders: A person-centered exploration of people's engagement in self-management

Authors: Simon Coulombe, Stephanie Radziszewski, Sophie Meunier, Hélène Provencher, Catherine Hudon, Pasquale Roberge, Martin D. Provencher, Janie Houle

Manuscript ID: 185596

Edited by: Guendalina Graffigna

You can access the review reports and your manuscript directly here:

<http://frontiersin.org/Review/EnterReviewForum.aspx?activationno=b3d86ea4-ad88-4e8c-a1fc-986eb48e4d41>

(If clicking on the link doesn't work, try copying and pasting it into your browser.)

If your manuscript is not the latest version, or if there are further modifications to be made to your manuscript, please contact the Frontiers Editorial Office immediately. This excludes typographical or grammatical errors, which should be handled in the author proofs during the eventual production stage.

Thank you for submitting this paper to Frontiers.

With best regards,

Guendalina Graffigna
 Guest Associate Editor,
www.frontiersin.org

<http://www.frontiersin.org/Mail/1barMail.aspx?op=4&msgid=11559214&msg=in>

LISTE COMPLÈTE DES RÉFÉRENCES CITÉES DANS LA THÈSE

- Adams, K., Greiner, A.C., & Corrigan, J. M. (Eds.) (2004). *1st Annual Crossing the Quality Chasm Summit: A focus on communities*. Washington, DC: National Academies Press.
- Adler, N. E., & Ostrove, J. M. (1999). Socioeconomic status and health: what we know and what we don't. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896(1), 3-15. doi: 10.1111/j.1749-6632.1999.tb08101.x
- Altman, E. (1998). Rating scales for mania: is self-rating reliable?. *Journal of Affective Disorders*, 50(2), 283-286. doi: 10.1016/S0165-0327(98)00018-4
- Altman, E. G., Hedeker, D., Peterson, J. L., & Davis, J. M. (1997). The Altman Self-Rating Mania Scale. *Biological Psychiatry*, 42(10), 948-955. doi: 10.1016/S0006-3223(96)00548-3
- Altman, E., Hedeker, D., Peterson, J. L., & Davis, J. M. (2001). A comparative evaluation of three self-rating scales for acute mania. *Biological Psychiatry*, 50(6), 468-471. doi: 10.1016/S0006-3223(01)01065-4
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2005). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^e éd., texte révisé). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013a). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013b). *Highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-5*. Washington, DC: Author.
- Anderssen, E. (2015, May 22). The case for publicly funded therapy. *The Globe and Mail*. Consulté au: <http://www.theglobeandmail.com/life/the-case-for-publicly-funded-therapy/article24567332/>
- Andresen, R., Caputi, P., & Oades, L. (2006). Stages of recovery instrument: Development of a measure of recovery from serious mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(11-12), 972-980. doi: 10.1080/j.1440-1614.2006.01921.x
- Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 586-594. doi: 10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23. doi:10.1037/h0095655

- Arthurs, E., Steele, R. J., Hudson, M., Baron, M., Thombs, B. D., & Canadian Scleroderma Research Group. (2012). Are Scores on English and French Versions of the PHQ-9 Comparable? An Assessment of Differential Item Functioning. *PLOS ONE*, 7(12). doi: 10.1371/journal.pone.0052028
- Asparouhov, T. & Muthén, B. (2014a). *Auxiliary variables in mixture modeling: Using the BCH method in Mplus to estimate a distal outcome model and an arbitrary secondary model. Web note 21*. Los Angeles, CA: Authors.
- Asparouhov, T. & Muthén, B. (2014b). *Auxiliary variables in mixture modeling: Three-step approaches using Mplus. Web note 15*. Los Angeles, CA: Authors.
- Banaji, M. R., & Heiphetz, L. (2010). Attitudes. In S. T. Fiske, D. T. Gilbert, & G. Lindzey (Eds.), *Handbook of social psychology* (pp. 348-388). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Barratt, M.J., Ferris, J.A., & Lenton, S. (2014) Hidden populations, online purposive sampling, and external validity: taking off the blindfold. *Field Methods*, 26, 1-19. doi: 10.1177/1525822X14526838
- Barello, S., Graffigna, G., Vegni, E., & Bosio, A. C. (2014). The challenges of conceptualizing patient engagement in health care: A lexicographic literature review. *Journal of Participatory Medicine*, 6, e9.
- Barlow J. (2010). Self-care. In J. H. Stone, & M. Blouin (Eds.), *International Encyclopedia of Rehabilitation*. Consulté en ligne: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/334/>
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & May, J. T. E. (2010). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Barlow, J. H., Ellard, D. R., Hainsworth, J. M., Jones, F. R., & Fisher, A. (2005). A review of self-management interventions for panic disorders, phobias and obsessive-compulsive disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(4), 272-285. doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00499.x
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. *Patient Education and Counseling*, 48(2), 177-187. doi: 10.1016/S0738-3991(02)00032-0
- Bauer, D. J., & Curran, P. J. (2004). The integration of continuous and discrete latent variable models: Potential problems and promising opportunities. *Psychological Methods*, 9(1), 3-29. doi: 10.1037/1082-989X.9.1.3
- Bauer, M. S., & McBride, L. (2003). *Structured group psychotherapy for bipolar disorder: The life goals program* (2nd ed.). New York, NY: Springer.

- Bekker, M. H., & van Mens-Verhulst, J. (2007). Anxiety disorders: Sex differences in prevalence, degree, and background, but gender-neutral treatment. *Gender Medicine*, 4, S178-S193. doi: 10.1016/S1550-8579(07)80057-X
- Bellack, A. S. (2006). Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts, and implications. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 432-442. doi: 10.1093/schbul/sbj044
- Bellack, A. S., & Drapalski, A. (2012). Issues and developments on the consumer recovery construct. *World Psychiatry*, 11(3), 156-160. doi: 10.1002/j.2051-5545.2012.tb00117.x
- Berlim, M. T., Tovar-Perdomo, S., & Fleck, M. P. (2015). Treatment-resistant major depressive disorder: Current definitions, epidemiology, and assessment. In A. F. Carvalho & R. S. McIntyre, *Treatment-Resistant Mood Disorders* (pp. 1-12). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Berlim, M. T., & Turecki, G. (2007). Definition, assessment, and staging of treatment-resistant refractory major depression: A review of current concepts and methods. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52(1), 46-54.
- Bilsker, D. (2010). Le soutien à l'autogestion: Maximiser les effets des soins de première ligne en santé mentale. *Quintessence: L'accès au savoir en santé mentale populationnelle*, 2(1), 1-2
- Bilsker, D., & Patterson, R. (2007). *Self-care depression program: Antidepressant skills workbook* (2nd ed.). Vancouver, BC: Simon Fraser University & BC Mental Health & Addiction Services.
- Bilsker, D., & Patterson, R. (2010). *Guide d'autosoins pour la dépression: Développer des stratégies pour surmonter la dépression* (2e ed.). Vancouver, BC: Simon Fraser University & BC Mental Health & Addiction Services.
- Bird, V., Leamy, M., Tew, J., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2014). Fit for purpose? Validation of a conceptual framework for personal recovery with current mental health consumers. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(7), 644-653. doi: 10.1177/0004867413520046
- Blais, M. R., Lachance, L., & Riddle, A. (1991) *Validation de la version française de la mesure de désirabilité sociale de Marlowe-Crowne [Validation of the French version of the Marlowe-Crowne measure of social desirability]*. Unpublished manuscript, Université du Québec à Montreal, Canada.
- Block, J. (1971). *Lives through time*. Berkeley, CA: Bancroft Books.
- Boland, R. J., & Keller, M. B. (2002). The course of depression. In K. L. Davis, D. Charney, J. T. Coyle, & C. Nemeroff (Eds.), *Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress* (pp. 1009-1015). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Boland, R. J., & Keller, M. B. (2009). Course and outcome of depression. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 23-43). New York, NY: Guilford Press.
- Bolck, A., Croon, M., & Hagenaars, J. (2004). Estimating latent structure models with categorical variables: One-step versus three-step estimators. *Political*

- Analysis*, 12(1), 3-27. doi: 10.1093/pan/mpb001
- Boschen, M. J., Neumann, D. L., & Waters, A. M. (2009). Relapse of successfully treated anxiety and fear: Theoretical issues and recommendations for clinical practice. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(2), 89-100. doi: 10.1080/00048670802607154
- Brijnath, B. (2015). Applying the CHIME recovery framework in two culturally diverse Australian communities: Qualitative results. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(7), 660-667. doi: 10.1177/0020764015573084
- Britz, J. A., & Dunn, K. S. (2010). Self-care and quality of life among patients with heart failure. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22(9), 480-487. doi: 10.1111/j.1745-7599.2010.00538.x
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Brown, T. A. (2015). *Confirmatory factor analysis for applied research* (2nd ed.). New York, NY : Guilford Press.
- Brown, T. A., Antony, M. M., & Barlow, D. H. (1995). Diagnostic comorbidity in panic disorder: effect on treatment outcome and course of comorbid diagnoses following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3), 408-418. doi: 10.1037/0022-006X.63.3.408
- Brown, C., Dunbar-Jacob, J., Palenchar, D. R., Kelleher, K. J., Bruehlman, R. D., Sereika, S., & Thase, M. E. (2001). Primary care patients' personal illness models for depression: a preliminary investigation. *Family Practice*, 18(3), 314-320. doi: 10.1093/fampra/18.3.314
- Bruce, S. E., Yonkers, K. A., Otto, M. W., Eisen, J. L., Weisberg, R. B., Pagano, M., ... & Keller, M. B. (2005). Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: A 12-year prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 162(6), 1179-1187. doi: 10.1176/appi.ajp.162.6.1179
- Burgess, P., Pirkis, J., Coombs, T., & Rosen, A. (2011). Assessing the value of existing recovery measures for routine use in Australian mental health services. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(4), 267-280. doi: 10.3109/00048674.2010.549996
- Butler, G., Fennell, M., & Hackmann, A. (2008). *Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: Mastering clinical challenges*. New York, NY: Guilford Press.
- Bystritsky, A. (2006). Treatment-resistant anxiety disorders. *Molecular Psychiatry*, 11(9), 805-814. doi: 10.1038/sj.mp.4001852
- Cabassa, L. J., Nicasio, A., & Whitley, R. (2013). Picturing recovery: a photovoice exploration of recovery dimensions among people with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 64(9), 837-842. doi: 10.1176/appi.ps.201200503
- Cal, S. F., de Sá, L. R., Glustak, M. E., & Santiago, M. B. (2015). Resilience in chronic diseases: A systematic review. *Cogent Psychology*, 2, 1024928. doi: 10.1080/23311908.2015.1024928

- Carl, J. R., Soskin, D. P., Kerns, C., & Barlow, D. H. (2013). Positive emotion regulation in emotional disorders: A theoretical review. *Clinical Psychology Review, 33*(3), 343-360. doi: 10.1016/j.cpr.2013.01.003
- Carman, K. L., Dardess, P., Maurer, M., Sofaer, S., Adams, K., Bechtel, C., & Sweeney, J. (2013). Patient and family engagement: A framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Affairs, 32*(2), 223-231. doi: 10.1377/hlthaff.2012.1133
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief cope. *International Journal of Behavioral Medicine, 4*(1), 92-100. doi: 10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*(2), 267-283. doi: 10.1037/0022-3514.56.2.267
- Catalino, L. I., Algoe, S. B., & Fredrickson, B. L. (2014). Prioritizing positivity: An effective approach to pursuing happiness? *Emotion, 14*(6), 1155-1161. doi: 10.1037/a0038029
- Cattell, R. B. (1966) The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research, 1*(2), 245-276.
- Cerimele, J. M., Chwastiak, L. A., Dodson, S., & Katon, W. J. (2014). The prevalence of bipolar disorder in general primary care samples: a systematic review. *General hospital psychiatry, 36*(1), 19-25. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2013.09.008
- Chambers, N. C. (2007). Just doing it: Affective implications of project phrasing. In B. R. Little, K. Salmela-Aro & S. D. Phillips (Eds.), *Personal project pursuit: Goals, action, and human flourishing* (pp. 145-169). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Chambers, E., Cook, S., Thake, A., Foster, A., Shaw, S., Hutten, R., ... & Ricketts, T. (2015). The self-management of longer-term depression: Learning from the patient, a qualitative study. *BMC Psychiatry, 15*(172), 1-16. doi: 10.1186/s12888-015-0550-6
- Chang, Y. C., Ailey, S. H., Heller, T., & Chen, M. D. (2013). Rasch analysis of the Mental Health Recovery Measure. *American Journal of Occupational Therapy, 67*(4), 469-477.
- Cheng, S. (2011). Comparisons of competing models between attitudinal loyalty and behavioral loyalty. *International Journal of Business and Social Science, 2*(10), 149-166.
- Chiba, R., Kawakami, N., & Miyamoto, Y. (2011). Quantitative relationship between recovery and benefit-finding among persons with chronic mental illness in Japan. *Nursing & Health Sciences, 13*(2), 126-132. doi: 10.1111/j.1442-2018.2011.00589.x

- Christensen, M. V., & Kessing, L. V. (2005). Clinical use of coping in affective disorder, a critical review of the literature. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1, 20. doi: 10.1186/1745-0179-1-20
- Chouinard, J., Melançon, G. G., & Mandeville, L. (2012). Le Fil d'Ariane: un outil favorisant la résilience en réadaptation. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, 1(93), 135-157. doi: 10.3917/cips.093.0135
- Cicognani, E., Pirini, C., Keyes, C., Joshanloo, M., Rostami, R., & Nosratabadi, M. (2008). Social participation, sense of community and social well being: A study on American, Italian and Iranian university students. *Social Indicators Research*, 89(1), 97-112. doi: 10.1007/s11205-007-9222-3
- Citizens for Public Justice. (2013). Poverty trends highlights - Canada 2013. Ottawa, Ont.: Auteur.
- Clark, N. M., Becker, M. H., Janz, N. K., Lorig, K., Rakowski, W., & Anderson, L. (1991). Self-management of chronic disease by older adults a review and questions for research. *Journal of Aging and Health*, 3(1), 3-27. doi: 10.1177/089826439100300101
- Clark, D. M., Layard, R., Smithies, R., Richards, D. A., Suckling, R., & Wright, B. (2009). Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behaviour Research and Therapy*, 47(11), 910-920. doi: 10.1016/j.brat.2009.07.010
- Clarke, C., Lombard, D., Sambrook, S., & Kerr, K. (2015). What does recovery mean to a forensic mental health patient? A systematic review and narrative synthesis of the qualitative literature. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 1-17. doi: 10.1080/14789949.2015.1102311
- Clarke, S., Oades, L. G., & Crowe, T. P. (2012). Recovery in mental health: A movement towards well-being and meaning in contrast to an avoidance of symptoms. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(4), 297-304.
- Cleeremans, A. (2010). The grand challenge for psychology: integrate and fire!. *Frontiers in psychology*, 1(article 12), 1-3. doi: 10.3389/fpsyg.2010.00012
- Clerc, J. (2011). Psychologie communautaire et éducation populaire. In T. Saïas (Ed.), *Introduction à la psychologie communautaire* (pp. 85-96). Paris, France: Dunod.
- Cloninger, C. R. (2013). Person-centered Health Promotion in Chronic Disease. *International Journal of Person Centered Medicine*, 3(1), 5-12. doi: 10.5750/ijpcm.v3i1.379
- Cloninger, C. R., Salvador-Carulla, L., Kirmayer, L. J., Schwartz, M. A., Appleyard, J., Goodwin, N., ... & Rawaf, S. (2014). A time for action on health inequities: Foundations of the 2014 Geneva declaration on person- and people-centered integrated health care for all. *International Journal of Person Centered Medicine*, 4(2), 69-89. doi: 10.5750/ijpcm.v4i2.471
- Cluss, P. A., Marcus, S. C., Kelleher, K. J., Thase, M. E., Arvey, L. A., & Kupfer, D. J. (1999). Diagnostic certainty of a voluntary bipolar disorder case registry. *Journal of Affective Disorders*, 52(1), 93-99. doi: 10.1016/S0165-

0327(98)00049-4

- Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. (2006). *De l'ombre à la lumière. Transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*. Ottawa, Ont.: Gouvernement du Canada.
- Commission de la santé mentale du Canada. (2009). *Vers le rétablissement et le bien-être. Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada*. Ottawa, Ont.: Auteur.
- Commonwealth of Australia. (2013). *A national framework for recovery-oriented mental health services: Policy and theory*. Canberra, Australia: Author.
- Conference Board of Canada. (2012). *Mental health issues in the labour force: Reducing the economic impact on Canada*. Ottawa, Ont.: Author.
- Cook, J. A., Copeland, M. E., Hamilton, M. M., Jonikas, J. A., Razzano, L. A., Floyd, C. B., ... & Grey, D. D. (2009). Initial outcomes of a mental illness self-management program based on wellness recovery action planning. *Psychiatric Services*, 60(2), 246-249. doi: 10.1176/ps.2009.60.2.246
- Copeland, M. E. (1997). *WRAP: Wellness recovery action plan*. Brattleboro, VT: Peach Press.
- Copeland, M. E. (2002). Wellness Recovery Action Plan: A system for monitoring, reducing and eliminating uncomfortable or dangerous physical symptoms and emotional feelings. *Occupational Therapy in Mental Health*, 17(3-4), 127-150. doi: 10.1300/J004v17n03_09
- Corrigan, P. W. (Ed.) (2015). *Person-centered care for mental illness: The evolution of adherence and self-determination*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Coulombe, S., Meunier, S., Cloutier, L., Roy, B., Tremblay, G., Auger, N., ... & Houle, J. (2016). Health-promoting home and workplace neighborhood: Associations with multiple facets of men's health. *American Journal of Men's Health*. doi: 10.1177/1557988315625774.
- Coulombe, S., Radziszewski, S., Trépanier, S. G., Provencher, H., Roberge, P., Hudon, C., ... & Houle, J. (2015). Mental health self-management questionnaire: Development and psychometric properties. *Journal of Affective Disorders*, 181, 41-49. doi: 10.1016/j.jad.2015.04.007
- Cowen, E. L. (1991). In pursuit of wellness. *American Psychologist*, 46(4), 404-408. 10.1037/0003-066X.46.4.404
- Craske, M. G., Rauch, S. L., Ursano, R., Prenoveau, J., Pine, D. S., & Zinbarg, R. E. (2009). What is an anxiety disorder? *Depression and Anxiety*, 26(12), 1066-1085. doi: 10.1002/da.20633
- Creswell, J. W. (2015). *A concise introduction to mixed methods research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cronbach, L. J., & Meehl, P. E. (1955). Construct validity in psychological tests. *Psychological bulletin*, 52(4), 281-302. doi: 10.1037/h0040957

- Crowne, P. D., & Marlowe, C. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24(4), 349-354.
- Cuijpers, P., Donker, T., van Straten, A., Li, J., & Andersson, G. (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychological Medicine*, 40(12), 1943-1957. doi: 10.1017/S0033291710000772
- D'Avanzato, C., Martinez, J., Attiullah, N., Friedman, M., Toba, C., Boerescu, D. A., & Zimmerman, M. (2013). Anxiety symptoms among remitted depressed outpatients: Prevalence and association with quality of life and psychosocial functioning. *Journal of Affective Disorders*, 151(1), 401-404. doi: 10.1016/j.jad.2013.06.040
- Davidson, L. (2005). Recovery, self management and the expert patient—changing the culture of mental health from a UK perspective. *Journal of Mental Health*, 14(1), 25-35. doi: 10.1080/09638230500047968
- Davidson, L., Chinman, M., Sells, D., & Rowe, M. (2006). Peer support among adults with serious mental illness: a report from the field. *Schizophrenia bulletin*, 32(3), 443-450. doi: 10.1093/schbul/sbj043
- Davidson, L., & Roe, D. (2007). Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health*, 16(4), 459-470. doi: 10.1080/09638230701482394
- Davidson, L., Roe, D., Stern, E., Zisman-Ilani, Y., O'Connell, M., & Corrigan, P. (2012). If I Choose it, Am I More Likely to Use it?. *International Journal of Person Centered Medicine*, 2(3), 577-592. doi: 10.5750/ijpcm.v2i3.201
- Davidson, L., & Strauss, J. S. (1992). Sense of self in recovery from severe mental illness. *British Journal of Medical Psychology*, 65(2), 131-145. doi: 10.1111/j.2044-8341.1992.tb01693.x
- Davidson, L., Tondora, J., Miller, R., & O'Connell, M. J. (2015). Person-centered care. In P. W. Corrigan (Ed.), *Person-centered care for mental illness: The evolution of adherence and self-determination* (pp. 81-102). Washington, DC: American Psychological Association.
- Davis, B. A., Townley, G., & Kloos, B. (2013). The roles of clinical and nonclinical dimensions of recovery in promoting community activities for individuals with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(1), 51-53. doi: 10.1037/h0094749
- de Graaf, R., Bijl, R. V., Smit, F., Vollebergh, W. A., & Spijker, J. (2002). Risk factors for 12-month comorbidity of mood, anxiety, and substance use disorders: Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *American Journal of Psychiatry*, 159(4), 620-629. doi: 10.1176/appi.ajp.162.6.1179
- De Vaus, D. (2002a). *Analyzing social science data: 50 key problems in data analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- De Vaus, D. (2002b). *Surveys in Social Research* (5th ed.). Routledge, London, UK; 2002.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Hedonia, eudaimonia, and well-being: An introduction. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 1-11. doi: 10.1007/s10902-006-9018-1
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19. doi: 10.1037/h0099565
- Deegan, P. E. (1997). Recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities. *Social Work in Health Care*, 25(3), 11-24. doi: 10.1300/J010v25n03_02
- Desbiens, J. F., & Fillion, L. (2007). Coping strategies, emotional outcomes and spiritual quality of life in palliative care nurses. *International Journal of Palliative Nursing*, 13(6), 291-299. doi: 10.12968/ijpn.2007.13.6.23746
- DeVellis, R. (1991). *Scale Development: Theory and Applications*. London, UK: Sage Publications.
- DeVon, H. A., Block, M. E., Moyle-Wright, P., Ernst, D. M., Hayden, S. J., Lazzara, D. J., ... Kostas-Polston, E. (2007). A psychometric toolbox for testing validity and reliability. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(2), 155-164.
- de Winter, J. C. F., Dodou, D., & Wieringa, P. A. (2009). Exploratory factor analysis with small sample sizes. *Multivariate Behavioral Research*, 44(2), 147-181. doi: 10.1080/00273170902794206
- Dickson, J. M., Moberly, N. J., & Kinderman, P. (2011). Depressed people are not less motivated by personal goals but are more pessimistic about attaining them. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(4), 975-980. doi: 10.1037/a0023665
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness, and a proposal for national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.34
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302. doi: 10.1037/0033-2909.125.2.276
- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D., Oishi, S., & Biswas-Diener, R. (2009). New measures of well-being: Flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*, 39, 247-266. doi: 10.1007/978-90-481-2354-4_12
- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D. W., Oishi, S., & Biswas-Diener, R. (2010). New well-being measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*, 97(2), 143-156. doi: 10.1007/s11205-009-9493-y
- DiStefano, C., & Kamphaus, R. W. (2006). Investigating subtypes of child development: A comparison of cluster analysis and latent class cluster analysis in typology creation. *Educational and Psychological Measurement*, 66(5), 778-794. doi: 10.1177/0013164405284033

- Donaldson, S. I., Dollwet, M., & Rao, M. A. (2015). Happiness, excellence, and optimal human functioning revisited: Examining the peer-reviewed literature linked to positive psychology. *Journal of Positive Psychology, 10*(3), 185-195. doi: 10.1080/17439760.2014.943801
- Donker, T., Petrie, K., Proudfoot, J., Clarke, J., Birch, M. R., & Christensen, H. (2013). Smartphones for smarter delivery of mental health programs: A systematic review. *Journal of Medical Internet Research, 15*(11). 10.2196/jmir.2791
- Doran, D. I., Sidani, S., Keatings, M., & Doidge, D. (2002). An empirical test of the nursing role effectiveness model. *Journal of Advanced Nursing, 38*(1), 29-39. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02143.x
- Doré, I., Menear, M., Roberge, P., Fournier, L., Aubé, D. & Brouillet, H. (2009, mars). *Le soutien à l'autogestion: une composante clé du traitement de la dépression en première ligne*. Le 2e rendez-vous de la gestion des maladies chroniques: de la prévention au suivi. Montréal, Canada.
- Drake, R. E., & Whitley, R. (2014). Recovery and severe mental illness: Description and analysis. *Canadian Journal of Psychiatry, 59*(5), 236-242.
- Druss, B. G., Zhao, L., von Esenwein, S. A., Bona, J. R., Fricks, L., Jenkins-Tucker, S., ... Lorig, K. (2010). The health and recovery peer (HARP) program: a peer-led intervention to improve medical self-management for persons with serious mental illness. *Schizophrenia Research, 118*(1-3), 264-270. doi: 10.1016/j.schres.2010.01.026
- Durkheim, (1951). *Suicide*. New York, NY: Free Press.
- Eakin, E. G., Bull, S. S., Glasgow, R. E., & Mason, M. (2002). Reaching those most in need: A review of diabetes self-management interventions in disadvantaged populations. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews, 18*(1), 26-35. doi: 10.1002/dmrr.266
- Eaves, R., & Woods-Groves, S. (2007) Criterion validity. In N. J. Salkind, & K. Rasmussen (Eds.), *Encyclopedia of Measurement and Statistics* (pp. 201-203). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ellard, K. K., Deckersbach, T., Sylvia, L. G., Nierenberg, A. A., & Barlow, D. H. (2012). Transdiagnostic treatment of bipolar disorder and comorbid anxiety with the Unified Protocol: A clinical replication series. *Behavior Modification, 36*(4), 482-508. doi: 10.1177/0145445512451272
- Ellison, J. M., & Harney, P. A. (1999). Treatment-resistant depression and the collaborative treatment relationship. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research, 9*(1), 7-17.
- Fansi, A., & Jehanno, C. (2015). *Avis sur l'accès équitable aux services de psychothérapie. Volet II – Analyse des modalités et des conditions d'accès aux services de psychothérapie pour le traitement des adultes atteints de troubles dépressifs et anxieux*. Québec, QC: Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.

- Faravelli, C., Scarpato, M. A., Castellini, G., & Sauro, C. L. (2013). Gender differences in depression and anxiety: The role of age. *Psychiatry Research*, 210(3), 1301-1303. doi: 10.1016/j.psychres.2013.09.027
- Farkas, M. (2007). The vision of recovery today: What it is and what it means for services. *World Psychiatry*, 6(2), 68-74.
- Fava, M. (2003). Diagnosis and definition of treatment-resistant depression. *Biological Psychiatry*, 53(8), 649-659. doi: 10.1016/S0006-3223(03)00231-2
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Ottolini, F., Ruini, C., Cazzaro, M., & Grandi, S. (2001). Psychological well-being and residual symptoms in remitted patients with panic disorder and agoraphobia. *Journal of Affective Disorders*, 65(2), 185-190. doi: 10.1016/S0165-0327(00)00267-6
- Fava, G. A., Ruini, C., & Belaise, C. (2007). The concept of recovery in major depression. *Psychological Medicine*, 37(03), 307-317. doi: 10.1017/S0033291706008981
- Feingold, A., Tiberio, S. S., & Capaldi, D. M. (2014). New approaches for examining associations with latent categorical variables: Applications to substance abuse and aggression. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28(1), 257-267. doi: 10.1037/a0031487
- Firmin, M. (2008). Themes. In L. M. Given (Ed.), *The Sage Encyclopedia of Qualitative Research Methods*. (pp. 869-870). Thousand Oaks, CA: Sage Publications
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B.W. (2002). *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition*. New York, NY: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute.
- Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, 51(4), 327-358. doi: 10.1037/h0061470
- Fleury, M.-J. (2009). Santé mentale en première ligne. *Santé mentale au Québec*, 34(1), 19-34.
- Fleury, M.-J., & Grenier, G. (2012). *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*. Québec, QC: Commissaire à la santé et au bien-être du Québec.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 839-852.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1991). The concept of coping. In A. Monat & R. S. Lazarus (Eds.), *Stress and coping: An anthology* (3rd ed.) (pp. 207-227). New York, NY: Columbia University Press.
- Fournier, L., Roberge, P., & Brouillet, H. (2012). *Faire face à la dépression au Québec. Protocole de soins à l'intention des intervenants de première ligne*. Montréal, Qc: Centre de recherche du CHUM.
- Frank, E., Gonzalez, J. M., & Fagiolini, A. (2006). The importance of routine for preventing recurrence in bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163(6), 981-985. doi: 10.1176/appi.ajp.163.6.981

- Frank, E., Prien, R. F., Jarrett, R. B., Keller, M. B., Kupfer, D. J., Lavori, P. W., ... & Weissman, M. M. (1991). Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder: Remission, recovery, relapse, and recurrence. *Archives of General Psychiatry*, 48(9), 851-855. doi:10.1001/archpsyc.1991.01810330075011.
- Franklin, C. Trepper, T.S., Gingerich, W. & McCollum, E. (2012). *Solution-focused brief therapy: A handbook of evidence based practice*. New York, NY: Oxford University Press.
- Gable, S. L., & Haidt, J. (2011). Qu'est-ce que la psychologie positive (et pourquoi)? In C. Martin-Krumm, & C. Tarquinio, *Traité de psychologie positive* (pp. 29-40). Bruxelles, Belgique: De Boeck.
- Gabriel, A. S., Daniels, M. A., Diefendorff, J. M., & Greguras, G. J. (2015). Emotional labor actors: A latent profile analysis of emotional labor strategies. *Journal of Applied Psychology*, 100(3), 863-879. doi: 10.1037/a0037408
- Galea, S., Ahern, J., Nandi, A., Tracy, M., Beard, J., & Vlahov, D. (2007). Urban neighborhood poverty and the incidence of depression in a population-based cohort study. *Annals of epidemiology*, 17(3), 171-179. doi: 10.1016/j.annepidem.2006.07.008
- García-Ramírez, M., Balcázar, F., & de Freitas, C. (2014). Community psychology contributions to the study of social inequalities, well-being and social justice. *Psychosocial Intervention*, 23(2), 79-81. doi: 10.1016/j.psi.2014.07.009
- Garson, G. D. (2002). *Guide to writing empirical papers, theses, and dissertations*. New York, NY: Marcel Dekker.
- Gatignon, H. (2010). *Statistical Analysis of Management Data* (2nd ed.). New York, NY: Springer
- Geddes, J. R., & Miklowitz, D. J. (2013). Treatment of bipolar disorder. *The Lancet*, 381(9878), 1672-1682. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60857-0
- Gelenberg, A. J., Freeman, M. P., Markowitz, J. C., Rosenbaum, J. F., Thase, M. E., Trivedi, M. H., ... & Schneck, C. D. (2010). Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (3rd ed). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Gitlin, M. (2006). Treatment-resistant bipolar disorder. *Molecular Psychiatry*, 11(3), 227-240. doi: 10.1038/sj.mp.4001793
- Goldberg, R. W., Dickerson, F., Lucksted, A., Brown, C. H., Weber, E., Tenhula, W. N., ... & Dixon, L. B. (2013). Living Well: an intervention to improve self-management of medical illness for individuals with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 64(1), 51-57. doi: 10.1176/appi.ps.201200034
- Goldberg, J. F., Perlis, R. H., Ghaemi, S. N., Calabrese, J. R., Bowden, C. L., Wisniewski, S., ... & Thase, M. E. (2007). Adjunctive antidepressant use and symptomatic recovery among bipolar depressed patients with concomitant manic symptoms: findings from the STEP-BD. *American Journal of Psychiatry*, 164(9), 1348-1355. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.05122032

- Goldman, D. P., & Smith, J. P. (2002). Can patient self-management help explain the SES health gradient?. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 99(16), 10929-10934. doi: 10.1073/pnas.162086599
- Gosling, S. D., Vazire, S., Srivastava, S., & John, O. P. (2004). Should we trust web-based studies? A comparative analysis of six preconceptions about internet questionnaires. *American Psychologist*, 59(2), 93-104. doi: 10.1037/0003-066X.59.2.93
- Graffigna, G., & Barelo, S. (2015). Modelling patient engagement in healthcare: Insight for research and practice. In G. Graffigna, S. Barelo, & S. Triberti (Eds.), *Patient engagement: A consumer-centered model to innovate healthcare* (pp. 27-43). Warsaw, Poland: De Gruyter Open.
- Graffigna, G., Barelo, S., Bonanomi, A., & Lozza, E. (2015). Measuring patient engagement: development and psychometric properties of the Patient Health Engagement (PHE) scale. *Frontiers in Psychology*, 6, 274. doi:10.3389/fpsyg.2015.00274
- Graffigna, G., Barelo, S., Libreri, C., & Bosio, C. A. (2014). How to engage type-2 diabetic patients in their own health management: Implications for clinical practice. *BMC Public Health*, 14(648), 1-12. doi: 10.1186/1471-2458-14-648.
- Graffigna, G., & Barelo, S., & Triberti, S. (2015). Giving (back) a role to patients in the delivery of healthcare services: Theoretical roots of patient engagement. In G. Graffigna, S. Barelo, & S. Triberti (Eds.), *Patient engagement: A consumer-centered model to innovate healthcare* (pp. 13-26). Warsaw, Poland: De Gruyter Open.
- Graham, C., & Chattopadhyay, S. (2013). Gender and well-being around the world. *International Journal of Happiness and Development*, 1(2), 212-232. doi: 10.1504/IJHD.2013.055648
- Green, C. A., Perrin, N. A., Polen, M. R., Leo, M. C., Hibbard, J. H., & Tusler, M. (2010). Development of the Patient Activation Measure for mental health. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 37(4), 327-333. doi: 10.1007/s10488-009-0239-6
- Greene, J., & Hibbard, J. H. (2012). Why does patient activation matter? An examination of the relationships between patient activation and health-related outcomes. *Journal of General Internal Medicine*, 27(5), 520-526. doi: 10.1007/s11606-011-1931-2
- Gruman, J., Rovner, M. H., French, M. E., Jeffress, D., Sofaer, S., Shaller, D., & Prager, D. J. (2010). From patient education to patient engagement: Implications for the field of patient education. *Patient Education and Counseling*, 78(3), 350-356. doi: 10.1016/j.pec.2010.02.002
- Hämäläinen, J., Isometsä, E., Sihvo, S., Pirkola, S., & Kiviruusu, O. (2008). Use of health services for major depressive and anxiety disorders in Finland. *Depression and Anxiety*, 25(1), 27-37. doi: 10.1002/da.20256
- Hamza, C. A., & Willoughby, T. (2013). Nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A latent class analysis among young adults. *PloS One*, 8(3). doi:

- 10.1371/journal.pone.0059955
- Hardeveld, F., Spijker, J., de Graaf, R., Nolen, W.A., & Beekman, A.T. F. (2010). Prevalence and predictors of recurrence of major depressive disorder in the adult population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(3), 184-91. doi: 10.1111/j.1600-0447.2009.01519.x
- Hardeveld, F., Spijker, J., de Graaf, R., Nolen, W. A., & Beekman, A. T. F. (2013). Recurrence of major depressive disorder and its predictors in the general population: Results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Psychological Medicine*, 43(01), 39-48. doi: 10.1017/S0033291712002395
- Hasson-Ohayon, I., Roe, D., & Kravetz, S. (2008). The psychometric properties of the illness management and recovery scale: Client and clinician versions. *Psychiatry Research*, 160(2), 228-235. doi: 10.1016/j.psychres.2007.06.013
- Hawke, L., Provencher, M. D., Côté, P., et Bélanger, M.-É. (2009, mars) *Adaptation francophone et validation de deux échelles pour mesurer la manie*. Communication présentée au 31e congrès annuel de la Société québécoise pour la recherche en psychologie, Ottawa, Ont.
- Hayes, S.C, Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). New York, NY: The Guilford Press.
- Henderson, J., Wilson, C., Roberts, L., Munt, R., & Crotty, M. (2014). Social barriers to Type 2 diabetes self-management: The role of capital. *Nursing Inquiry*, 21(4), 336-345. doi: 10.1111/nin.12073
- Hendrick, V., Altshuler, L., Strouse, T., & Grosser, S. (2000). Postpartum and nonpostpartum depression: Differences in presentation and response to pharmacologic treatment. *Depression and Anxiety*, 11(2), 66-72. doi: 10.1002/(SICI)1520-6394(2000)11:2<66::AID-DA3>3.0.CO;2-D
- Hershberger, P. J. (2005). Prescribing happiness: positive psychology and family medicine. *Family Medicine*, 37(9), 630-634.
- Hibbard, J. H., & Mahoney, E. (2010). Toward a theory of patient and consumer activation. *Patient Education and Counseling*, 78(3), 377-381. doi: 10.1016/j.pec.2009.12.015
- Hidalgo, R.B., Tupler, L.A., & Davidson, J.R. (2007). An effect-size analysis of pharmacologic treatments for generalized anxiety disorder. *Journal of Psychopharmacology*, 21(8), 864-872. doi: 10.1177/0269881107076996
- Hinkin, T. R. (2005). Scale development principles and practices. In R.A. Swanson, & Holton, E.F. (Eds.), *Research in Organizations: Foundations and Methods of Inquiry* (pp. 161-180). San Francisco, CA: Berrett-Koehler Publishers.
- Hirschfeld, R. M. (2001). The comorbidity of major depression and anxiety disorders: recognition and management in primary care. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 3(6), 244-254. doi: 10.4088/PCC.v03n0609
- Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K., Brennan, P. L., & Schutte, K. K. (2005).

- Stress generation, avoidance coping, and depressive symptoms: A 10-year model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 658-666. doi: 10.1037/0022-006X.73.4.658
- Holtforth, M. G., Wyss, T., Schulte, D., Trachsel, M., & Michalak, J. (2009). Some like it specific: The difference between treatment goals of anxious and depressed patients. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82(3), 279-290. Doi: 10.1348/147608308X397040
- Hone, L. C., Jarden, A., Schofield, G. M., & Duncan, S. (2014). Measuring flourishing: The impact of operational definitions on the prevalence of high levels of wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 4(1), 62-90. doi:10.5502/ijw.v4i1.4
- Houghton, J. F. (1982). Maintaining mental health in a turbulent world. *Schizophrenia Bulletin*, 8(3), 548-552. doi: 10.1093/schbul/8.3.548
- Houle, J., Gascon-Depatie, M., Bélanger-Dumontier, G., & Cardinal, C. (2013). Depression self-management support: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 91(3), 271-279. doi: 10.1016/j.pec.2013.01.012
- Houle, J., Hudon, C., Roberge, P., Provencher, M.D., Provencher, H., Lespérance, F., ... & Labelle, P. (2015). *Protocole de recherche. Essai randomisé contrôlé d'une intervention de soutien à l'autogestion des troubles anxieux/dépressif intitulée Aller mieux à leur façon*. Montréal, Qc: Laboratoire Vitalité, Université du Québec à Montréal.
- Houle, J., Meunier, S., Coulombe, S., Tremblay, G., de Montigny, F., Auger, N., ... & Gaboury I. (2015). Masculinity ideology among male workers and its relationship to self-reported health behaviors. *International Journal of Men's Health*, 14(2), 163-182. doi: 10.3149/jmh.1402.163
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55. doi: 10.1080/10705519909540118
- Hunt, K., Wyke, S., Gray, C. M., Anderson, A. S., Brady, A., Bunn, C., ... & Miller, E. (2014). A gender-sensitised weight loss and healthy living programme for overweight and obese men delivered by Scottish Premier League football clubs (FFIT): A pragmatic randomised controlled trial. *Lancet*, 383(9924), 1211-1221. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62420-4
- Huppert, F. A., & Whittington, J. E. (2003). Evidence for the independence of positive and negative well-being: Implications for quality of life assessment. *British Journal of Health Psychology*, 8(1), 107-122. doi: 10.1348/135910703762879246
- Hussain, F. A., & Cochrane, R. (2003). Living with depression: Coping strategies used by South Asian women, living in the UK, suffering from depression. *Mental Health, Religion & Culture*, 6(1), 21-44. doi: 10.1080/1367467021000014864

- Institut national de santé publique. (2012). *Surveillance des troubles mentaux au Québec: Prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*. Québec, QC: Auteur.
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2013). *The global burden of disease: Generating evidence, guiding policy*. Seattle, WA: Author.
- Institute of Medicine. (1999). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy of Sciences.
- Ivtzan, I., Lomas, T., Hefferon, K., & Worth, P. (2015). *Second wave positive psychology: Embracing the dark side of life*. New York, NY: Routledge.
- Jacob, K. S., & Patel, V. (2014). Classification of mental disorders: A global mental health perspective. *The Lancet*, 383(9926), 1433-1435. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62382-X
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York, NY: Basic Books.
- Jayadevappa, R., & Chhatre, S. (2011). Patient centered care-a conceptual model and review of the state of the art. *Open Health Services and Policy Journal*, 4(1), 15-25. doi: 10.2174/1874924001104010015
- Johnson, C., Gunn, J., & Kokanovic, R. (2009). Depression recovery from the primary care patient's perspective: 'Hear it in my voice and see it in my eyes'. *Mental Health in Family Medicine*, 6(1), 49-55.
- Johnson, S. L., & Leahy, R. L. (Eds.). (2004). *Psychological treatment of bipolar disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Johnson, S. L., & Miller, I. (1997). Negative life events and time to recovery from episodes of bipolar disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(3), 449-457. doi: 10.1037/0021-843X.106.3.449
- Johnson, S. L., Miller, C. J., & Eisner, L. R. (2008). Bipolar disorder. In: J. Hunsley, & E. J. Mash (Eds.). *Guide to assessments that work* (pp. 121-137). New York: Oxford University Press.
- Karademas, E. C. (2007). Positive and negative aspects of well-being: Common and specific predictors. *Personality and Individual Differences*, 43(2), 277-287. doi: 10.1016/j.paid.2006.11.031
- Karoly, P. (1991). Self-management in health care and illness prevention. In C. R. Snyder, & D. R. Forsyth (Eds.), *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective* (pp. 579-606). Elmsford, NY, US: Pergamon Press.
- Karoly, P. (1999). A goal systems-self-regulatory perspective on personality, psychopathology, and change. *Review of General Psychology*, 3(4), 264-291. doi: 10.1037/1089-2680.3.4.264
- Kashdan, T., & Biswas-Diener, R. (2014). *The upside of your dark side: Why being your whole self - not just your "good" self - drives success and fulfillment*. New York, NY: Penguin Random House.
- Kashdan, T., Biswas-Diener, R., & King, L. A. (2008). Reconsidering happiness: The costs of distinguishing between hedonics and eudaimonia. *Journal of Positive Psychology*, 3(4), 219-233. doi: 10.1080/17439760802303044

- Katzman, M. A., Bleau, P., Blier, P., Chokka, P., Kjernisted, K., & Van Ameringen, M. (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*, 14(Suppl 1), 1-83. doi: 10.1186/1471-244X-14-S1-S1
- Kaya, E., Aydemir, Ö., & Selcuki, D. (2007). Residual symptoms in bipolar disorder: The effect of the last episode after remission. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 31(7), 1387-1392. doi: 10.1016/j.pnpbp.2007.06.003
- Kelly, J. G. (2002). The spirit of community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 30(1), 43-63. doi: 10.1023/A:1014368000641
- Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., De Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., ... & Kawakami, N. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6(3), 168-176.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602. doi:10.1001/archpsyc.62.6.593.
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Wittchen, H. U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21(3), 169-184. doi: 10.1002/mpr.1359
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2) 121-140.
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207-222. doi: 10.2307/3090197
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539-548. doi: 10.1037/0022-006X.73.3.539
- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62(2), 95-108. doi: 10.1037/0003-066X.62.2.95
- Keyes, C. L. M., & Annas, J. (2009). Feeling good and functioning well: Distinctive concepts in ancient philosophy and contemporary science. *Journal of Positive Psychology*, 4(3), 197-201. doi: 10.1080/17439760902844228
- Keyes, C. L. M., Fredrickson, B., & Park, N. (2012). Positive psychology and the quality of life. In K. C. Land, A. C. Michalos, & J. Sirgy (Eds.), *Handbook of social indicators and quality of life studies* (pp. 99-112). New York, NY: Springer.
- Keyes, C. L. M., & Lopez, S. J. (2002). Toward a science of mental health: Positive directions in diagnosis and interventions. In C.R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.),

- Handbook of positive psychology* (pp. 45-59). New York, NY: Oxford University Press.
- Keyes, C. L. M., & Simoes, E. J. (2012). To flourish or not: Positive mental health and all-cause mortality. *American Journal of Public Health, 102*(11), 2164-2172. doi: 10.2105/AJPH.2012.300918
- Keyes, C. L. M., Wissing, M., Potgieter, J. P., Temane, M., Kruger, A., & van Rooy, S. (2008). Evaluation of the mental health continuum—short form (MHC-SF) in setswana-speaking South Africans. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 15*(3), 181-192. doi: 10.1002/cpp.572
- Kim, D. (2008). Blues from the neighborhood? Neighborhood characteristics and depression. *Epidemiologic reviews, 30*(1), 101-117. doi: 10.1093/epirev/mxn009
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization, 82*(11), 858-866.
- Kralik, D., Koch, T., Price, K., & Howard, N. (2004). Chronic illness self-management: Taking action to create order. *Journal of Clinical Nursing, 13*(2), 259-267. doi 10.1046/j.1365-2702.2003.00826.x
- Kreyenbuhl, J., Nossel, I. R., & Dixon, L. B. (2009). Disengagement from mental health treatment among individuals with schizophrenia and strategies for facilitating connections to care: A review of the literature. *Schizophrenia Bulletin, 35*(4), 696-703. doi: 10.1093/schbul/sbp046
- Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (2002). The PHQ-9: A new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric Annals, 32*(9), 1-7.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine, 16*(9), 606-613. Doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Löwe, B. (2010). The Patient Health Questionnaire somatic, anxiety, and depressive symptom scales: A systematic review. *General Hospital Psychiatry, 32*(4), 345-359. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2010.03.006.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Monahan, P. O., & Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine, 146*(5), 317-325. doi: 10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004
- Kugler, C., Maeding, I., & Russell, C. L. (2011). Non-adherence in patients on chronic hemodialysis: an international comparison study. *Journal of Nephrology, 24*(3), 366-375. doi: 10.5301/JN.2010.5823.
- Kukla, M., Salyers, M. P., & Lysaker, P. H. (2013). Levels of patient activation among adults with schizophrenia: associations with hope, symptoms, medication adherence, and recovery attitudes. *Journal of Nervous and Mental Disease, 201*(4), 339-344. doi: 10.1097/NMD.0b013e318288e253
- Lal, S., & Adair, C. E. (2014). E-mental health: a rapid review of the literature. *Psychiatric Services, 65*(1), 24-32. doi: 10.1176/appi.ps.201300009

- Lam, R. W., Kennedy, S. H., Grigoriadis, S., McIntyre, R. S., Milev, R., Ramasubbu, R., ... & Ravindran, A. V. (2009). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults.: III. Pharmacotherapy. *Journal of Affective Disorders*, 117(Suppl. 1), S26-S43. doi: 10.1016/j.jad.2009.06.041
- Lamers, S., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M., & Keyes, C. L. M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), 99-110. doi: 10.1002/jclp.20741
- Lanouette, N.M., & Stein, M.B. (2010). Advances in the management of treatment-resistance anxiety disorders. *Focus*, 8(4), 501-524. doi: 10.1176/foc.8.4.foc501
- Laursen, B. (2015). I don't quite get it... Personal experiences with the person-oriented approach. *Journal for Person-Oriented Research*, 1(1-2), 42-47. doi: 10.17505/jpor.2015.05
- Laursen, B. P., & Hoff, E. (2006). Person-centered and variable-centered approaches to longitudinal data. *Merrill-Palmer Quarterly*, 52(3), 377-389. doi: 10.1353/mpq.2006.0029
- Lauver, D. R., Ward, S. E., Heidrich, S. M., Keller, M. L., Bowers, B. J., Brennan, P. F., ... & Wells, T. J. (2002). Patient-centered interventions. *Research in Nursing & Health*, 25(4), 246-255. doi: 10.1002/nur.10044
- Lavoie, F., & Brunson, L. (2010). La pratique de la psychologie communautaire. *Psychologie canadienne*, 51(2), 96-105. doi: 10.1037/a0018085
- Lavoie, B., & Houle, J. (2015). Pratiques à promouvoir pour mieux aider les hommes. *Psychologie Québec*, 32(5), 29-31.
- Lazarus, R. S. (1991). Coping with the stress of illness. *WHO Regional Publications*, 44, 11-31.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 445-452. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083733
- Lecci, L., Karoly, P., Briggs, C., & Kuhn, K. (1994). Specificity and generality of motivational components in depression: A personal projects analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(2), 404-408. doi: 10.1037/0021-843X.103.2.404
- Lévesque, J.-F. (2006). *Glossaire de termes courants dans le domaine des soins et services*. Manuscrit non publié. Montréal, Qc: Institut national de santé publique du Québec et Direction de santé Publique de Montréal.
- Leyfer, O., & Brown, T. A. (2014). The anxiety-depression spectrum. In D. H. Barlow (Ed.), *Oxford handbook of clinical psychology* (Updated ed., pp. 281-295). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Lipman, E. L., Kenny, M., & Marziali, E. (2011). Providing web-based mental health services to at-risk women. *BMC Women's Health*, 11(38), 2-9. doi: 10.1186/1472-6874-11-38

- Little, B. R. (1988). *Personal projects research: Method, theory and research*. Final Report to Social Sciences and Humanities Research Council of Canada, Ottawa, Canada.
- Little, B. R. (2007). Prompt and circumstance: The generative contexts of personal projects analysis. In B. R. Little, K. Salmela-Aro & S. D. Phillips (Eds.), *Personal project pursuit: Goals, action, and human flourishing* (pp. 3-49). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Little, B. R. (2014). *Me, myself, and us: The science of personality and the art of well-being*. Philadelphia, PA: Public Affairs.
- Little, B. R., & Coulombe, S. (2015). Personal projects analysis. In J. D. Wright, *International Encyclopedia of Social and Behavioral Sciences* (2nd ed). (pp. 757-765). Oxford, UK: Elsevier.
- Little, T. D., Cunningham, W. A., Shahar, G., & Widaman, K. F. (2002). To parcel or not to parcel: Exploring the question, weighing the merits. *Structural Equation Modeling*, 9(2), 151-173.
- Lloyd, C., Waghorn, G., & Williams, P. L. (2008). Conceptualising recovery in mental health rehabilitation. *The British Journal of Occupational Therapy*, 71(8), 321-328. doi:
- Lomax, R. G., & Hahs-Vaughn, D. L. (2012). *An introduction to statistical concepts* (3rd ed.). New York, NY: Routledge.
- Lord J, & Dufort, F. 1996. Power and oppression in mental health. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 15(2), 5-11.
- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7. doi: 10.1207/S15324796ABM2601_01
- Lorig, K. R., Mazonson, P. D., & Holman, H. R. (1993). Evidence suggesting that health education for self-management in patients with chronic arthritis has sustained health benefits while reducing health care costs. *Arthritis & Rheumatism*, 36(4), 439-446. doi: 10.1002/art.1780360403
- Lorig, K. R., Ritter, P. L., Pifer, C., & Werner, P. (2014). Effectiveness of the chronic disease self-management program for persons with a serious mental illness: A translation study. *Community Mental Health Journal*, 50(1), 96-103. doi: 10.1007/s10597-013-9615-5
- Lucock, M., Gillard, S., Adams, K., Simons, L., White, R., & Edwards, C. (2011). Self-care in mental health services: a narrative review. *Health & Social Care in the Community*, 19(6), 602-616. doi: 10.1111/j.1365-2524.2011.01014.x
- Ludman, E., Katon, W., Bush, T., Rutter, C., Lin, E., Simon, G., ... & Walker, E. (2003). Behavioural factors associated with symptom outcomes in a primary care-based depression prevention intervention trial. *Psychological Medicine*, 33(06), 1061-1070. doi: 10.1017/S003329170300816X
- Luthar, S. S., Lyman, E. L., & Crossman, E. J. (2014). Resilience and positive psychology. In M. Lewis & K. Rudolph (Eds.), *Handbook of Developmental*

- Psychopathology* (3rd Edition), (pp. 125-140). Norwell, MA: Kluwer Academic/Plenum.
- Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35(6): 382-385.
- Maes, S., & Karoly, P. (2005). Self-Regulation Assessment and Intervention in Physical Health and Illness: A Review. *Applied Psychology*, 54(2), 267-299. doi: 10.1111/j.1464-0597.2005.00210.x
- Markkula, N., Härkänen, T., Nieminen, T., Peña, S., Mattila, A. K., Koskinen, S., ... & Suvisaari, J. (2016). Prognosis of depressive disorders in the general population—results from the longitudinal Finnish Health 2011 Study. *Journal of Affective Disorders*, 190, 687-696. doi: 10.1016/j.jad.2015.10.043
- Marsh, H., Hau, K.-T., & Wen, Z. (2004). In search of golden rules: Comment on hypothesis-testing approaches to cutoff values for fit indexes and dangers in overgeneralizing Hu & Bentler's (1999) findings. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 11(3), 320-341. doi: 10.1207/s15328007sem1103_2
- Martin-Krumm, C., Kern, L., Fenouillet, F., Besanson, M., Csillik, A., Diener, E., ..., Lecorre, B. *Traduction française de l'échelle SPANE*. Consulté au: http://internal.psychology.illinois.edu/~ediener/Documents/SPANE_French.pdf
- Martins, S., Ko, J., Kuwabara, S., Clarke, D., Alexandre, P., Zandi, P., ... & Eaton, W. W. (2012). The relationship of adult mental disorders to socioeconomic status, race/ethnicity, marital status, and urbanicity of residence. In W. W. Eaton, & the faculty, students, and fellows of the Department of Mental Health, Bloomberg School of Public Health, *Public Mental Health* (pp. 151-200). New York, NY: Oxford University Press.
- Maslow, A. H. (1970). *Motivation and personality* (2nd ed.). New York, NY: Harper & Row.
- McCusker, J., Cole, M. G., Yaffe, M., Strumpf, E., Sewitch, M., Sussman, T., ... & Belzile, E. (2015). A randomized trial of a depression self-care toolkit with or without lay telephone coaching for primary care patients with chronic physical conditions. *General Hospital Psychiatry*, 37(3), 257-265. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2015.03.007
- McDermott, B. (1990). Transforming depression. *The Journal*, 1(4), 13-14.
- McEvoy, P., Schauman, O., Mansell, W., & Morris, L. (2012). The experience of recovery from the perspective of people with common mental health problems: Findings from a telephone survey. *International Journal of Nursing Studies*, 49(11), 1375-1382. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.06.010
- Mechanic, D. (2007). Mental health services then and now. *Health Affairs*, 26(6), 1548-1550. doi: 10.1377/hlthaff.26.6.1548
- Menichetti, J., Libreri, C., Lozza, E., & Graffigna, G. (2014). Giving patients a starring role in their own care: A bibliometric analysis of the on-going literature debate. *Health Expectations*. Advance online publication. doi: 10.1111/hex.12299
- Mental Health Commission of Canada. (2009). *Toward recovery & well-being. A framework for a mental health strategy for Canada*. Ottawa, Ont.: Author.

- Mental Health Commission. (2012). *Blueprint II: How things need to be*. Wellington, New Zeland: Author.
- Merikangas, K. R., Akiskal, H. S., Angst, J., Greenberg, P. E., Hirschfeld, R. M., Petukhova, M., & Kessler, R. C. (2007). Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 543-552. doi: 10.1001/archpsyc.64.5.543.
- Meyer, B. (2001). Coping with severe mental illness: Relations of the Brief COPE with symptoms, functioning, and well-being. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(4), 265-277. doi: 10.1023/A:1012731520781
- Meyer, B., Beevers, C. G., & Johnson, S. L. (2004). Goal appraisals and vulnerability to bipolar disorder: A personal projects analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 28(2), 173-182. doi: 10.1023/B:COTR.0000021538.34160.52
- Meyer, J. P., Stanley, L. J., & Vandenberg, R. J. (2013). A person-centered approach to the study of commitment. *Human Resource Management Review*, 23(2), 190-202. doi:10.1016/j.hrmr.2012.07.007
- Mezzina, R., Borg, M., Marin, I., Sells, D., Topor, A., & Davidson, L. (2006). From participation to citizenship: How to regain a role, a status, and a life in the process of recovery. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9(1), 39-61. doi: 10.1080/15487760500339428
- Middleton, C., Veenhof, B., & Leith, J. (2010). *Intensité de l'utilisation d'Internet au Canada : Comprendre les différents types d'utilisateurs*. Ottawa, Ont.: Statistique Canada.
- Mikkonen, J., & Raphael, D. (2010). *Social determinants of health: The canadian facts*. Toronto, Ont: York University School of Health Policy and Management.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens*. Québec, Qc: Auteur.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). *Faire ensemble et autrement. Plan d'action en santé mentale 2015-2020*. Québec, Qc: Auteur.
- Mitchell, M. L., & Jolley, J. M. (2013). *Research Design Explained* (8th ed.). Belmont, CA: Wadsworth.
- Mjøsund, N. H., Eriksson, M., Norheim, I., Keyes, C. L. M., Espnes, G. A., & Vinje, H. F. (2015). Mental health as perceived by persons with mental disorders—an interpretative phenomenological analysis study. *International Journal of Mental Health Promotion*, 17(4), 215-233. doi: 10.1080/14623730.2015.1039329
- Moljord, I. E. O., Lara-Cabrera, M. L., Perestelo-Pérez, L., Rivero-Santana, A., Eriksen, L., & Linaker, O. M. (2015). Psychometric properties of the Patient Activation Measure-13 among out-patients waiting for mental health treatment: A validation study in Norway. *Patient Education and Counseling*, 98(11), 1410-1417. doi: 10.1016/j.pec.2015.06.009.
- Möller-Leimkühler, A. M. (2002). Barriers to help-seeking by men: A review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of Affective Disorders*, 71(1), 1-9. doi: 10.1016/S0165-0327(01)00379-2
- Morin, A. J. S. (2016, in press). Supplements for: Person-centered research strategies

- in commitment research. In J.P. Meyer (Ed.), *Handbook of employee commitment*. Cheltenham, UK: Edward Elgar. Retrieved online: https://www.statmodel.com/download/Morin%20Supplements%20Chapter%20X.%20Person-Centered%20Research%20Strategies%20Final_1.pdf
- Morin, A. J. S., Maïano, C., Nagengast, B., Marsh, H. W., Morizot, J., & Janosz, M. (2011). Growth mixture modeling of adolescents trajectories of anxiety across adolescence: The impact of untested invariance assumptions on substantive interpretations. *Structural Equation Modeling*, 18(4), 613–648. doi: 10.1080/10705511.2011.607714
- Morin, A. J. S., Morizot, J., Boudrias, J. S., & Madore, I. (2011). A multifoci person-centered perspective on workplace affective commitment: A latent profile/factor mixture analysis. *Organizational Research Methods*, 14(1), 58-90. doi: 10.1177/1094428109356476
- Mueller, A., Mitchell, J. E., Black, D. W., Crosby, R. D., Berg, K., & de Zwaan, M. (2010). Latent profile analysis and comorbidity in a sample of individuals with compulsive buying disorder. *Psychiatry Research*, 178(2), 348-353. doi: 10.1016/j.psychres.2010.04.021
- Mueser, K. T., Corrigan, P. W., Hilton, D. W., Tanzman, B., Schaub, A., Gingerich, S., ... & Herz, M. I. (2002). Illness management and recovery: A review of the research. *Psychiatric Services*, 53(10), 1272-1284. doi: 10.1176/appi.ps.53.10.1272
- Muller, L., & Spitz, E. (2003). Évaluation multidimensionnelle du coping: validation du Brief COPE sur une population française. *L'Encéphale*, 29(6), 507-518. doi: ENC-12-2003-29-6-0013-7006-101019-ART5
- Mulligan, K., & Newman, S. (2007). Self-management interventions. In S. Ayers et al. (Eds.), *Cambridge handbook of psychology, health and medicine* (pp. 393-397). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Multon, K., & Coleman, J. (2010). Coefficient alpha. In N. Salkind (Ed.), *Encyclopedia of research design*. (pp. 160-164). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Murray, G., Suto, M., Hole, R., Hale, S., Amari, E., & Michalak, E. E. (2011). Self-management strategies used by 'high functioning' individuals with bipolar disorder: From research to clinical practice. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(2), 95-109. doi: 10.1002/cpp.710
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (1998-2011). *Mplus* (Version 7.2) [Software]. Los Angeles, CA: Muthén and Muthén.
- Muthén, L.K. and Muthén, B.O. (1998-2010). *Mplus User's Guide* (6th ed.). Los Angeles, CA: authors.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2009). *Depression in adults: Recognition and management*. Retrieved from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/resources/depression-in-adults-recognition-and-management-975742636741>

- National Institute for Health and Care Excellence. (2014). *Bipolar disorder: Assessment and management*. Retrieved from: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg185/resources/bipolar-disorder-assessment-and-management-35109814379461>.
- National Institute for Mental Health in England. (2005). *NIMHE Guiding statement on recovery*. London, UK: author.
- Nazir, A., & Mohsin, H. (2013). Coping styles, aggression and interpersonal conflicts among depressed and non-depressed people. *Health Promotion Perspectives*, 3(1), 80-89. doi: 10.5681/hpp.2013.010
- Nelson, G., Lord, J., & Ochocka, J. (2001). Empowerment and mental health in community: Narratives of psychiatric consumer/survivors. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 11(2), 125-142. doi: 10.1002/casp.619
- Nelson, G., & Prilleltensky, I. (2010). (Eds.) *Community psychology: In pursuit of well-being and liberation*. New York, NY: Palgrave Macmillan.
- Newman, D. A. (2014). Missing data: Five practical guidelines. *Organizational Research Methods*, 17(4), 372-411. doi: 10.1177/1094428114548590
- Newman, S., Steed, L., & Mulligan, K. (2004). Self-management interventions for chronic illness. *The Lancet*, 364(9444), 1523-1537. doi: 10.1016/S0140-6736(04)17277-2
- Nierenberg, A. A. (2015). Residual symptoms in depression: Prevalence and impact. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 76(11). doi: 10.4088/JCP.13097TX1C
- Nierenberg, A. A., Husain, M. M., Trivedi, M. H., Fava, M., Warden, D., Wisniewski, S. R., ... & Rush, A. J. (2010). Residual symptoms after remission of major depressive disorder with citalopram and risk of relapse: a STAR* D report. *Psychological Medicine*, 40(1), 41-50. doi: 10.1017/S0033291709006011
- Nivoli, A. M., Colom, F., Murru, A., Pacchiarotti, I., Castro-Loli, P., González-Pinto, A., ... & Vieta, E. (2011). New treatment guidelines for acute bipolar depression: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 129(1-3), 14-26. doi: 10.1016/j.jad.2010.05.018
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 133-154. doi: 10.1093/epirev/mxn002
- Noordsy, D. L., Torrey, W., Mueser, K., Mead, S., O'Keefe, C., & Fox, L. (2002). Recovery from severe mental illness: An interpersonal and functional outcome definition. *International Review of Psychiatry*, 14(4), 318-326. doi: 10.1080/0954026021000016969
- Norton, P. J., & Paulus, D. J. (2015). Toward a unified treatment for emotional disorders: update on the science and practice. *Behavior Therapy*. doi: 10.1016/j.beth.2015.07.002
- O'Donovan, C. (2004). Achieving and sustaining remission in depression and anxiety disorders: introduction. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(1), 5-9.

- Office of Research Ethics and Integrity of uOttawa (2015). *Internal guidelines and procedures*. Consulté au: https://research.uottawa.ca/ethics/sites/research.uottawa.ca/ethics/files/ethics_office_-_internal_guidelines-2015.pdf
- Omisakin, F. D., & Ncama, B. P. (2011). Self, self-care and self-management concepts: Implications for self-management education. *Educational Research*, 2(12), 1733-1737.
- Onken, S. J., Craig, C. M., Ridgway, P., Ralph, R. O., & Cook, J. A. (2007). An analysis of the definitions and elements of recovery: A review of the literature. *Psychiatric Rehabilitation journal*, 31(1), 9-22. 10.2975/31.1.2007.9.22
- Pampel, F. C., Krueger, P. M., & Denney, J. T. (2010). Socioeconomic disparities in health behaviors. *Annual Review of Sociology*, 36, 349-370. doi: 10.1146/annurev.soc.012809.102529
- Paradis, V. (2009). *Évaluation d'une intervention infirmière motivationnelle selon les stades de changement (MSSC) sur des comportements d'auto-soins chez des patients insuffisants cardiaques [Evaluation of a motivational nursing intervention according to the stages of change (MASC) on self-care behaviors in heart failure patients]*. Master's thesis. Université de Montréal, Canada.
- Parikh, S. V., Segal, Z. V., Grigoriadis, S., Ravindran, A. V., Kennedy, S. H., Lam, R. W., & Patten, S. B. (2009). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. II. Psychotherapy alone or in combination with antidepressant medication. *Journal of Affective Disorders*, 117(Suppl. 1), S15-S25. doi:10.1016/j.jad.2009.06.042
- Parker, G. F. (2014). DSM-5 and psychotic and mood disorders. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 42(2), 182-190.
- Pastor, D. A., Barron, K. E., Miller, B. J., & Davis, S. L. (2007). A latent profile analysis of college students' achievement goal orientation. *Contemporary Educational Psychology*, 32(1), 8-47. doi: 10.1016/j.cedpsych.2006.10.003
- Patten, S. B., Kennedy, S. H., Lam, R. W., O'Donovan, C., Filteau, M. J., Parikh, S. V., & Ravindran, A. V. (2009). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. I. Classification, burden and principles of management. *Journal of Affective Disorders*. 117(Suppl. 1), S5-S14. doi: 10.1016/j.jad.2009.06.044
- Paykel, E. S., Ramana, R., Cooper, Z., Hayhurst, H., Kerr, J., & Barocka, A. (1995). Residual symptoms after partial remission: an important outcome in depression. *Psychological Medicine*, 25(06), 1171-1180. doi: 10.1017/S0033291700033146
- Peachey, D., Hicks, V., & Adams, O. (2013). *An Imperative of Change: Access to Psychological Services for Canada. A Report to the Canadian Psychological Association*. Toronto, Canada: Health Intelligence.

- Pelissolo, A. (n.d.). *Dépression et anxiété. Quelle est la validité clinique du trouble anxieux et dépressif mixte?* Paris, France: Fondation Pierre Deniker pour la recherche & la prévention en santé mentale.
- Perlis, R. H., Ostacher, M. J., Patel, J. K., Marangell, L. B., Zhang, H., Wisniewski, S. R., ... & Reilly-Harrington, N. A. (2006). Predictors of Recurrence in Bipolar Disorder: Primary Outcomes From the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *The American Journal of Psychiatry*. doi: 10.1176/appi.ajp.163.2.217
- Peterson, C., Park, N., Pole, N., D'Andrea, W., & Seligman, M. E. (2008). Strengths of character and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 21(2), 214-217. doi: 10.1002/jts.20332
- Petrillo, G., Capone, V., Caso, D., & Keyes, C. L. M. (2015). The Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) as a measure of well-being in the Italian context. *Social Indicators Research*, 121(1), 291-312. doi: 10.1007/s11205-014-0629-3
- Petros, R., Solomon, P., Linz, S., DeCesaris, M., & Hanrahan, N. P. (2015). Autovideography: The lived experience of recovery for adults with serious mental illness. *Psychiatric Quarterly*, 1-10. doi: 10.1007/s11126-015-9397-8
- Phelps, S. B., & Jarvis, P. A. (1994). Coping in adolescence: Empirical evidence for a theoretically based approach to assessing coping. *Journal of Youth and Adolescence*, 23(3), 359-371. doi: 10.1007/BF01536724
- Piat, M., Sabetti, J., Couture, A., Sylvestre, J., Provencher, H., Botschner, J., & Stayner, D. (2009). What does recovery mean for me? Perspectives of Canadian mental health consumers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(3), 199-207. doi: 10.2975/32.3.2009.199.207
- Piccinelli, M., & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression: Critical review. *British Journal of Psychiatry*, 177(6), 486-492. doi: 10.1192/bjp.177.6.486
- Pigott, H. E., Leventhal, A. M., Alter, G. S., & Boren, J. J. (2010). Efficacy and effectiveness of antidepressants: Current status of research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79(5), 267-279. doi: 10.1159/000318293.
- Polit, D.F., & Tatano Beck, C. (2006). The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing and Health*, 29(5), 489-497. doi: 10.1002/nur.20147
- Polit, D.F., Tatano Beck, C., & Owen, S.V. (2007). Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in Nursing and Health*, 30(4), 459-467. doi: 10.1002/nur.20199
- Poon, S. H., Sim, K., Sum, M. Y., Kuswanto, C. N., & Baldessarini, R. J. (2012). Evidence-based options for treatment-resistant adult bipolar disorder patients. *Bipolar Disorders*, 14(6), 573-584. doi: 10.1111/j.1399-5618.2012.01042.x

- Porche, D. J. (2013). Beyond Gender Cultural Sensitivity—International Lessons Learned. *American Journal of Men's Health*, 7(2), 93-93. doi: 10.1177/1557988313476541
- President's New Freedom Commission on Mental Health. (2003). *Achieving the promise: Transforming mental health care in America*. Rockville, MD: Author.
- Prilleltensky, I. (2001). Value-based praxis in community psychology: Moving toward social justice and social action. *American Journal of Community Psychology*, 29(5), 747-778. doi: 10.1023/A:1010417201918
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(3), 276-288. doi: 10.1037/h0088437
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38-48. doi: 10.4278/0890-1171-12.1.38
- Provencher, H. L., & Keyes, C. L. M. (2010). Une conception élargie du rétablissement [A broader concept of recovery]. *L'information psychiatrique*, 86(7), 579-589. doi: 10.3917/inpsy.8607.0579
- Provencher, H. L., & Keyes, C. L. M. (2011). Complete mental health recovery: Bridging mental illness with positive mental health. *Journal of Public Mental Health*, 10(1), 57-69. doi: 10.1108/17465721111134556
- Provencher, H. L., & Keyes, C. L. M. (2013). Recovery: A complete mental health perspective. In C. L. M. Keyes (Ed.), *Mental Well-Being* (pp. 277-297). New York, NY: Springer.
- Public Health Agency of Canada. (2015). *Mood and anxiety disorders in Canada: Fast facts from the 2014 Survey on living with chronic diseases in Canada*. Toronto, Ont.: Author.
- Pychyl, T. A., & Little, B. R. (1998). Dimensional specificity in the prediction of subjective well-being: Personal projects in pursuit of the PhD. *Social Indicators Research*, 45(1-3), 423-473. doi: 10.1023/A:1006970504138
- Radhakrishnan, M., Hammond, G., Jones, P. B., Watson, A., McMillan-Shields, F., & Lafortune, L. (2013). Cost of Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) programme: An analysis of cost of session, treatment and recovery in selected Primary Care Trusts in the East of England region. *Behaviour Research and Therapy*, 51(1), 37-45. doi: 10.1016/j.brat.2012.10.001
- Rattray, J., & Jones, M. C. (2007). Essential elements of questionnaire design and development. *Journal of Clinical Nursing*, 16(2), 234-243.
- Rieger, D. A., Kuhl, E. A., & Kupfer, D. J. (2013). The DSM-5: Classification and criteria changes. *World Psychiatry*, 12(2), 92-98. doi:10.1002/wps.20050
- Repper, J., & Carter, T. (2010). *Using personal experience to support others with similar difficulties: A review of the literature on peer support in mental health services*. London, UK: Together for mental well-being and the University of Nottingham.

- Resnick, S. G., Fontana, A., Lehman, A. F., & Rosenheck, R. A. (2005). An empirical conceptualization of the recovery orientation. *Schizophrenia Research*, 75(1), 119-128. doi: 10.1016/j.schres.2004.05.009
- Reynolds, W. M. (1982). Development of reliable and valid short forms of the Marlowe-Crowne social desirability scale. *Journal of Clinical Psychology*, 38(1), 119-125. doi: 10.1002/1097-4679(198201)38:1<119::AID-JCLP2270380118>3.0.CO;2-I
- Richard, L., Gauvin, L., Gosselin, C., & Laforest, S. (2009). Staying connected: Neighbourhood correlates of social participation among older adults living in an urban environment in Montreal, Quebec. *Health Promotion International*, 24(1), 46-57. doi: 10.1093/heapro/dan039
- Ritter, P. L., Ory, M. G., Laurent, D. D., & Lorig, K. (2014). Effects of chronic disease self-management programs for participants with higher depression scores: Secondary analyses of an on-line and a small-group program. *Translational Behavioral Medicine*, 4(4), 398-406. doi: 10.1007/s13142-014-0277-9.
- Robards, J., Evandrou, M., Falkingham, J., & Vlachantoni, A. (2012). Marital status, health and mortality. *Maturitas*, 73(4), 295-299. doi: 10.1016/j.maturitas.2012.08.007
- Robles, T. F., Slatcher, R. B., Trombello, J. M., & McGinn, M. M. (2014). Marital quality and health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 140(1), 140-187. doi: 10.1037/a0031859
- Roesch, S. C., & Weiner, B. (2001). A meta-analytic review of coping with illness: Do causal attributions matter?. *Journal of Psychosomatic Research*, 50(4), 205-219. doi: 10.1016/S0022-3999(01)00188-X
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. New York, NY: Houghton Mifflin.
- Roskam, I., Noël, M.-P., & Schelstraete, M.-A. (2011). L'enfant au comportement difficile: Caractéristiques individuelles et familiales. In I. Roskam (Ed.), *Les enfants difficiles: Évaluation, développement et facteurs de risque (3-8 ans)* (pp. 75-106). Wavre, Belgique: Mardaga.
- Rush, A. J., Kraemer, H. C., Sackeim, H. A., Fava, M., Trivedi, M. H., Frank, E., ... & Regier, D. A. (2006). Report by the ACNP Task Force on response and remission in major depressive disorder. *Neuropsychopharmacology*, 31(9), 1841-1853. doi: 10.1038/sj.npp.1301131
- Rush, A. J., Trivedi, M. H., Ibrahim, H. M., Carmody, T. J., Arnow, B., Klein, D. N., ... & Thase, M. E. (2003). The 16-Item Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS), clinician rating (QIDS-C), and self-report (QIDS-SR): a psychometric evaluation in patients with chronic major depression. *Biological Psychiatry*, 54(5), 573-583. doi: 10.1016/S0006-3223(02)01866-8
- Russell, S. J., & Browne, J. L. (2005). Staying well with bipolar disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(3), 187-193. doi: 10.1080/j.1440-1614.2005.01542.x

- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141-166. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.141
- Ryan, R. M., & Huta, V. (2009). Wellness as healthy functioning or wellness as happiness: The importance of eudaimonic thinking (response to the Kashdan et al. and Waterman discussion). *Journal of Positive Psychology*, 4(3), 202-204. doi: 10.1080/17439760902844285
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. doi: 10.1037/0022-3514.57.6.1069
- Sacks, R. M., Greene, J., Hibbard, J. H., & Overton, V. (2014). How well do patient activation scores predict depression outcomes one year later? *Journal of Affective Disorders*, 169, 1-6. doi: 10.1016/j.jad.2014.07.030
- Saïas, T. (2009). Premiers pas de la psychologie communautaire en France. *Pratiques psychologiques*, 15(1), 3-5. doi: 10.1016/j.prps.2008.07.001
- Sajatovic, M., Chen, P., & Young, R. C. (2015). Rating scales in bipolar disorder. In M. Tohen, C. L. Bowden, A. A. Nierenberg, & J. R. Geddes (Eds.), *Clinical trial design challenges in mood disorders* (pp. 105-136). San Diego, CA: Elsevier.
- Salama-Younes, M. (2011). Positive mental health, subjective vitality and satisfaction with life for French physical education students. *World Journal of Sports Sciences*, 4(2), 90-97.
- Salyers, M. P., Godfrey, J. L., Mueser, K. T., & Labriola, S. (2007). Measuring illness management outcomes: A psychometric study of clinician and consumer rating scales for illness self management and recovery. *Community Mental Health Journal*, 43(5), 459-480. doi: 10.1007/s10597-007-9087-6
- Sanchez-Villegas, A., Schlatter, J., Ortuno, F., Lahortiga, F., Pla, J., Benito, S., & Martinez-Gonzalez, M. A. (2008). Validity of a self-reported diagnosis of depression among participants in a cohort study using the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I). *BMC Psychiatry*, 8(43), 1-8. doi: 10.1186/1471-244X-8-43
- Sandstrom, M.J., & Keefe, F.J. (1998). Self-management of fibromyalgia: The role of formal coping skills training and physical exercise training programs. *Arthritis & Rheumatisms*, 11(6), 432-447. doi: 10.1002/art.1790110603
- Sareen, J., Jagdeo, A., Cox, B. J., Clara, I., ten Have, M., Belik, S. L., ... & Stein, M. B. (2007). Perceived barriers to mental health service utilization in the United States, Ontario, and the Netherlands. *Psychiatric Services*, 58(3), 357-364.
- Sav, A., Kendall, E., McMillan, S. S., Kelly, F., Whitty, J. A., King, M. A., & Wheeler, A. J. (2013). 'You say treatment, I say hard work': Treatment burden among people with chronic illness and their carers in Australia. *Health & Social Care in the Community*, 21(6), 665-674. doi: 10.1111/hsc.12052
- Schlomer, G. L., Bauman, S., & Card, N. A. (2010). Best practices for missing data management in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 57(1), 1-10. doi: 10.1037/a0018082

- Scholten, W. D., Batelaan, N. M., van Balkom, A. J. L. M., Penninx, B. W. J. H., Smit, J. H., & van Oppen, P. (2013). Recurrence of anxiety disorders and its predictors. *Journal of Affective Disorders*, 147(1-3), 180-185.
- Schrank, B., Bird, V., Rudnick, A., & Slade, M. (2012). Determinants, self-management strategies and interventions for hope in people with mental disorders: Systematic search and narrative review. *Social Science & Medicine*, 74(4), 554-564. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.11.008
- Schueller, S. M. (2009). Promoting wellness: Integrating community and positive psychology. *Journal of Community Psychology*, 37(7), 922-937. doi: 10.1002/jcop.20334
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2010). *Non-pharmaceutical management of depression in adults. A national clinical guideline*. Edinburgh, UK: Author.
- Seed, M. S., & Torkelson, D. J. (2012). Beginning the recovery journey in acute psychiatric care: Using concepts from Orem's self-care deficit nursing theory. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(6), 394-398. doi: 10.3109/01612840.2012.663064
- Séguin, D., & Fisher, D. (2013). DREB review of research that utilizes on-line survey/storage platforms. *Research Ethics Matters* - Mount Saint Vincent University, 2(2), 6.
- Seligman, M. E. (2004). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York, NY: Simon and Schuster.
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.5
- Seligman, M. E., Parks, A. C., & Steen, T. (2004). A balanced psychology and a full life. *Philosophical Transactions-Royal Society of London Series B Biological Sciences*, 359(1449), 1379-1382. doi: 10.1098/rstb.2004.1513
- Seow, L. S. E., Vaingankar, J. A., Abdin, E., Sambasivam, R., Jeyagurunathan, A., Pang, S., ... & Subramaniam, M. (2016). Positive mental health in outpatients with affective disorders: Associations with life satisfaction and general functioning. *Journal of Affective Disorders*, 190, 499-507. doi: 10.1016/j.jad.2015.10.021
- Sihvo, S., Isometsä, E., Kiviruusu, O., Hämäläinen, J., Suvisaari, J., Perälä, J., ... & Lönnqvist, J. (2008). Antidepressant utilisation patterns and determinants of short-term and non-psychiatric use in the Finnish general adult population. *Journal of Affective Disorders*, 110(1), 94-105. doi: 10.1016/j.jad.2008.01.012
- Simon, N. M., Otto, M. W., Wisniewski, S. R., Fossey, M., Sagduyu, K., Frank, E., ... Pollack, M. H. (2004). Anxiety disorder comorbidity in bipolar disorder patients: Data from the first 500 participants in the Systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *American Journal of Psychiatry*, 161(2), 2222-2229.

- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Slade, M. (2010). Mental illness and well-being: The central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Services Research*, 10(26), 1-14. doi: 10.1186/1472-6963-10-26
- Slade, M., Amering, M., & Oades, L. (2008). Recovery: An international perspective. *Epidemiologia e psichiatria sociale*, 17(02), 128-137.
- Somers, J. M., Goldner, E. M., Waraich, P., & Hsu, L. (2006). Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(2), 100-113..
- Spaniol, L., & Wewiorski, N. J. (2012). Phases of the Recovery Process From Psychiatric Disabilities. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 17(1).
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097. doi: 10.1001/archinte.166.10.1092.
- Springer, D. W., Abell, N., & Hudson, W. W. (2002). Creating and validating rapid assessment instruments for practice and research: Part 1. *Research on Social Work Practice*, 12(3), 408-439. doi: 10.1177/1049731502012003005
- Springer, D. W., Abell, N., & Nugent, W. R. (2002). Creating and validating rapid assessment instruments for practice and research: Part 2. *Research on Social Work Practice*, 12(6), 768-795. doi: 10.1177/104973102237474
- Starnino, V. R., Mariscal, S., Holter, M. C., Davidson, L. J., Cook, K. S., Fukui, S., & Rapp, C. A. (2010). Outcomes of an illness self-management group using wellness recovery action planning. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 34(1), 57-60. doi: 10.2975/34.1.2010.57.60
- Statistics Canada. (2013). *Education in Canada: Attainment, field of study and location of study (National Household Survey)*. Ottawa, Ont.: Author.
- Statistics Canada. (2015). *Low income lines, 2013-2014*. Ottawa, Ont.: Author.
- Statistique Canada. (2011). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) - Santé mentale. Questionnaire*. Consulté au: http://www23.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/instrument/5105_Q1_V3-fra.pdf
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V., & Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International Journal of Epidemiology*, 43 (2), 476-493. doi: 10.1093/ije/dyu038
- Stein, D. J. (2015). Anxiety and related disorders in DSM-5. In K. J. Ressler, D. S. Pine, & B. O. Rothbaum (Eds.), *Anxiety disorders: Translational perspectives on diagnosis and treatment* (pp. 3-16). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Sterling, von Esenwein, S. A., Tucker, S., Fricks, L., & Druss, B. G. (2010). Integrating wellness, recovery, and self-management for mental health consumers. *Community Mental Health Journal*, 46(2), 130-138. doi:10.1007/s10597-009-9276-6

- Storm, M., & Edwards, A. (2013). Models of user involvement in the mental health context: Intentions and implementation challenges. *Psychiatric Quarterly*, 84(3), 313-327. doi: 10.1007/s11126-012-9247-x
- Swinson, R. P., Antony, M. M., Bleau, P., Chokka, P., Craven, M., Fallu, A., ... Walker, J. R. (2006). Clinical practice guidelines: Management of anxiety disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(Suppl. 2): 1S-92S.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.). Boston, MA: Pearson.
- Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (1999). Psychosocial resources and the SES-health relationship. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896(1), 210-225. doi: 10.1111/j.1749-6632.1999.tb08117.x
- Tein, J. Y., Coxe, S., & Cham, H. (2013). Statistical power to detect the correct number of classes in latent profile analysis. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 20(4), 640-657. doi: 10.1080/10705511.2013.824781
- Thompson, M. N., Cole, O. D., & Nitzarim, R. S. (2012). Recognizing social class in the psychotherapy relationship: a grounded theory exploration of low-income clients. *Journal of Counseling Psychology*, 59(2), 208-221. doi: 10.1037/a0027534
- Tremblay, G. (1996). L'intervention sociale auprès des hommes. Vers un modèle d'intervention s'adressant à des hommes plus traditionnels. *Service social*, 45(2), 21-30. doi: 10.7202/706724ar
- Trivedi, R. B., Ayotte, B., Edelman, D., & Bosworth, H. B. (2008). The association of emotional well-being and marital status with treatment adherence among patients with hypertension. *Journal of Behavioral Medicine*, 31(6), 489-497. doi: 10.1007/s10865-008-9173-4
- Trivedi, M. H., Lin, E. H., & Katon, W. J. (2007). Consensus recommendations for improving adherence, self-management, and outcomes in patients with depression. *CNS Spectrums*, 12(8 Suppl. 13), 1-27. doi: 10.1017/S1092852900003710
- Trochim, W. M. (2006). *The research methods knowledge base* (2nd ed.). Consulté au: <http://www.socialresearchmethods.net/kb/>
- Tuma, M., & Decker, R. (2013). Finite mixture models in market segmentation: A review and suggestions for best practices. *Electronic Journal of Business Research Methods*, 11(1), 2-15.
- Tyrer, P., Murphy, S., Kingdon, D., Brothwell, J., Gregory, S., Seivewright, N., ... & Johnson, A. L. (1988). The Nottingham study of neurotic disorder: comparison of drug and psychological treatments. *The Lancet*, 332(8605), 235-240. doi: 10.1016/S0140-6736(88)92535-4
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: Implications pour la recherche en langue française [Towards a trans-cultural validation methodology for psychology

- questionnaires: Implications for French language research]. *Canadian Psychology*, 30(4), 662-680. doi: 10.1037/h0079856
- van Grieken, R. A., Kirkenier, A. C., Koeter, M. W., Nabitz, U. W., & Schene, A. H. (2015). Patients' perspective on self-management in the recovery from depression. *Health Expectations*, 18(5), 1339-1348. doi: 10.1111/hex.12112
- van Grieken, R. A., Kirkenier, A. C., Koeter, M. W., & Schene, A. H. (2014). Helpful self-management strategies to cope with enduring depression from the patients' point of view: A concept map study. *BMC Psychiatry*, 14(331), 1-9. doi: 10.1186/s12888-014-0331-7
- Van Lieshout, R.J., & MacQueen, G.M. (2010). Efficacy and acceptability of mood stabilisers in the treatment of acute bipolar depression: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 196(4), 266-273. doi: 10.1192/bjp.bp.108.057612
- Vasiliadis, H. M., Chudzinski, V., Gontijo-Guerra, S., & Prévile, M. (2015). Screening instruments for a population of older adults: The 10-item Kessler Psychological Distress Scale (K10) and the 7-item Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7). *Psychiatry Research*, 228(1), 89-94. doi: 10.1016/j.psychres.2015.04.019
- Vermeulen-Smit, E., Ten Have, M., Van Laar, M., & de Graaf, R. (2015). Clustering of health risk behaviours and the relationship with mental disorders. *Journal of Affective Disorders*, 171, 111-119. doi: 10.1016/j.jad.2014.09.031
- Veseth, M., Binder, P.-E., Borg, M., & Davidson, L. (2012). Toward caring for oneself in a life of intense ups and downs: A reflexive-collaborative exploration of recovery in bipolar disorder. *Qualitative Health Research*, 22(1), 119-133. doi: 10.1177/1049732311411487
- Vieta, E., Murru, A., & Rossi, A. (2010). Treatment guidelines for bipolar disorder: a bit unrealistic, but indispensable. *Journal of Psychopathology*, 16, 380-388.
- Villaggi, B., Provencher, H., Coulombe, S., Meunier, S., Radziszewski, S., Hudon, C., ... & Houle, J. (2015). Self-Management strategies in recovery from mood and anxiety disorders. *Global Qualitative Nursing Research*, 2. doi: 10.1177/2333393615606092
- Von Bothmer, M. I., & Fridlund, B. (2005). Gender differences in health habits and in motivation for a healthy lifestyle among Swedish university students. *Nursing & Health Sciences*, 7(2), 107-118. doi: 10.1111/j.1442-2018.2005.00227.x
- von Eye, A., Bogat, G. A., & Rhodes, J. E. (2006). Variable-oriented and person-oriented perspectives of analysis: The example of alcohol consumption in adolescence. *Journal of Adolescence*, 29(6), 981-1004. doi: 10.1016/j.adolescence.2006.06.007
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1995). *Health promotion model-instruments to measure health promoting lifestyle: Health-Promoting Lifestyle Profile [HPLP II] (Adult Version)*. Consulté au <http://deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/85349>

- Wang, L., Watts, A., Anderson, R. A., & Little, T. (2013). Common fallacies in quantitative research. In T. D. Little (Ed.), *Oxford Handbook of Quantitative Methods* (pp. 718-758). New York, NY: Guilford.
- Waraich, P., Goldner, E. M., Somers, J. M., & Hsu, L. (2004). Prevalence and incidence studies of mood disorders: A systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(2), 124-148.
- Ware, N. C., Tugenberg, T., & Dickey, B. (2004). Practitioner relationships and quality of care for low-income persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 55(5), 555-559. doi: 10.1176/appi.ps.55.5.555
- Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(4), 678-691. doi: 10.1037/0022-3514.64.4.678
- Waterman, A. S. (2008). Reconsidering happiness: A eudaimonist's perspective. *Journal of Positive Psychology*, 3(4), 234-252. doi: 10.1080/17439760802303002
- Weeks, G., Slade, M., & Hayward, M. (2011). A UK validation of the Stages of Recovery Instrument. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(5), 446-454. doi: 10.1177/0020764010365414
- Weisser, J., Morrow, & Jamer, B. (2011). *A critical exploration of social inequities in the mental health recovery literature*. Vancouver, BC: Centre for the study of gender, social inequities and mental health.
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 17(2), 110-119. doi: 10.1007/s10804-009-9082-y
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., ... & Burstein, R. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382(9904), 1575-1586. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61611-6
- Whitley, R., & Drake, R. E. (2010). Recovery: A dimensional approach. *Psychiatric Services*, 61(12), 1248-1250. doi: 10.1176/appi.ps.61.12.1248.
- Wilkinson, A., & Whitehead, L. (2009). Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 46(8), 1143-1147. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.12.011
- Williams, G. A., & Kibowski, F. (2016). Latent class analysis and latent profile analysis. In L. A. Jason & D. S. Glenwick, *Handbook of methodological approaches to community-based research: Qualitative, quantitative and mixed methods* (pp. 143-152). New York, NY: Oxford University Press.
- Williams, J., Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Norton, S., Pesola, F., & Slade, M. (2015). Development and evaluation of the INSPIRE measure of staff support for personal recovery. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(5), 777-786. doi: 10.1007/s00127-014-0983-0
- Wills, F. (2008). *Skills in cognitive behaviour counseling & psychotherapy*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Winbolt, B. (2011). *Solution focused therapy for the helping professions*. London, UK: Jessica Kingsley Publishers.
- Witkin, G. (1985). Healthy living. In A. Ellis & M. E. Bernard (Eds.), *Clinical applications of rational-emotive therapy* (pp. 181-208). New York, NY: Plenum Press.
- Wolfe, S. M. (2014). The application of community psychology practice competencies to reduce health disparities. *American Journal of Community Psychology*, 53(1-2), 231-234. doi: 10.1007/s10464-013-9622-2
- Wong, P. T. (2011). Positive psychology 2.0: Towards a balanced interactive model of the good life. *Canadian Psychology*, 52(2), 69-81. 10.1037/a0022511
- Wood, A. M., & Tarrier, N. (2010). Positive clinical psychology: A new vision and strategy for integrated research and practice. *Clinical psychology review*, 30(7), 819-829. 10.1016/j.cpr.2010.06.003
- World Health Organization. (2014). *Integrating the Response to Mental Disorders and Other Chronic Diseases in Health Care Systems*. Geneva: Switzerland World Health Organization
- Wright, B. (1983). *Physical disability—A psychosocial approach*. New York: Harper & Row.
- Wright, K. B. (2006). Researching Internet-based populations: Advantages and disadvantages of online survey research, online questionnaire authoring software packages, and web survey services. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 10(3). doi: 10.1111/j.1083-6101.2005.tb00259.x
- Yatham, L. N., Kennedy, S. H., Parikh, S. V., Schaffer, A., Beaulieu, S., Alda, M., ... & Ravindran, A. (2013). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013. *Bipolar Disorders*, 15(1), 1-44. doi: 10.1111/bdi.12025
- Young, S. L., & Ensing, D. S. (1999). Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(3), 219-231. doi: 10.1037/h0095240
- Zimmerman, M., McGlinchey, J. B., Posternak, M. A., Friedman, M., Attiullah, N., & Boerescu, D. (2006). How should remission from depression be defined? The depressed patient's perspective. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 148-150. doi: 10.1176/appi.ajp.163.1.148